

UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

La uretritis gonocócica y su tratamiento

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Ángel Martínez Vázquez

Madrid, 2015

Rodriguez J
Universidad Central Facultad de Medicina

52-44 Curso académico de 1910 a 1911.

72-4-2 32667 CVB

La uretritis gonocócica y su tratamiento

Memoria presentada para aspirar al Grado
de Doctor en Medicina.

por

Angel Martinez Varquez

Ex-alumno interno por oposición del Ho-
tal de San Carlos.

Respetable Tribunal:

Deber ineludible para aspirar al título de Doctor en una Facultad es presentar un trabajo en lo posible, original sobre un punto de cualquiera de las asignaturas de la carrera.

Pero también es muy cierto que recién terminada la carrera no se poseen conocimientos, suficientes, experiencia ni generalmente medios para presentar a la consideración de los profesores un trabajo perfecto y sobre todo original que venga a resolver un problema científico.

Por ello comienzo pidiendo benevolencia a los sabios maestros que me escuchan.

Habiendo prestado mi asistencia durante cuatro años como alumno interno en las Clínicas de Obstetricia y Ginecología de esta Facultad me llamó desde el primer momento la atención el gran número de enfermas con infecciones diversas ocasionadas por el gonococo y como consecuencia la necesidad de practicar en muchísimos casos la histerectomía en mujeres jóvenes que quedan por lo tanto incapacitadas para la fecundación. Dada la trascendencia que esto tiene

por muchos conceptos para la Sociedad, la enorme cantidad de individuos con lesiones uretrales gonocócicas que transmiten el contagio y las facilidades que tengo para observar un gran número de enfermos de esta índole son motivos que me han hecho elegir como tesis el estudio y tratamiento de las uretritis fijándome sobre todo en la producida por el gonococo de Neisser atendiendo a mis observaciones y resultados obtenidos en un gran número de enfermos a los cuales he tratado por grupo, de distinta manera, para poder deducir conclusiones sobre la eficacia de los distintos tratamientos. -

Las uretritis y su tratamiento

Preliminares

Accepto la palabra uretritis en vez de la más
bleuorragia, primero porque no prejuzga
además por constituir el nombre genérico de
de inflamaciones de la uretra cuya
vezemos más adelante es co
stituta, sirviéndose del adjetivo bleuorrag

-5-
para denominar una variedad.

Hasta hace poco se tenía como verdad in-
controvertible que todas las inflamaciones de la
uretra reconocían por causa próxima la inter-
vención de diversos micro-organismos, cuya
acción patógena actuaba en la superficie o
el espesor mismo de las paredes de la uretra
es así. Muy recientemente Guiard ha
que existen uretritis microbianas o acrifo-
tas y ha descrito diversas variedades.

Además existen también otras uretritis que
Robert llamó microbianas no gonocócicas y que
denominaremos microbianas no específicas.

-6-

Respecto a esta variedad han escrito trabajos Barbeau,
el mismo Guindard, Fautant y otros habiéndolo ya
comprobado en Clínica su existencia.

Estas nuevas variedades de uretritis han
mucho la importancia etiológica del gonococo
cubierto por Heisser en 1878 en el sentido de que
siempre que hay uretritis encuentra el
no gonococos, descubrimiento que si para la
teoría tiene excepcional importancia, vicia su
exata utilidad práctica puesto que la
de estas afecciones por medio de los antiséps-
is no ha dado los resultados que se esperaban.
Conformes pues con admitir estas variedades

de inflamaciones de la uretra, después de algunas
observaciones acerca de su importancia y de la pro-
porción individual describiremos sucintamente y con
detalle.

1.^o Una uretritis microbiana con gonococos, blen-
orragia o específica.

2.^o Uretritis microbianas no específicas.

3.^o Uretritis amicrobianas o aseptica.

Importancia y profilaxis de las uretritis

Generalmente se tiene una idea errónea de la trascendencia de estas afecciones. Lo mismo el vulgo que unos médicos poco versados en estas materias creen cosa baladí, afección sin importancia, esta, que es sobre todo si es con gonorrea o esferidica, uretralera infección, local en su comienzo, pero posible de generalizarse, y cuyas complicaciones graves son á veces incurables, esto sin comparar con la importancia que tiene desde el punto de vista social. Nuestros enfermos creen que

unas purgaciones blancas segun su expresion gráfica
ca tienen acaso menos importancia que una indi-
gestion.

Es preciso denunciar estas preocupaciones
para el individuo como para la sociedad. Re-
viéndome a la uretritis hemorrágica diré solamente
puede ser causa en ambos sexos de esterili-
; en el hombre producir complicaciones tan
estas como la orquitis y cistitis tan rebeldes
unas veces al tratamiento y lo que es mas gra-
e ser origen de infecciones ascendentes que pueden
al mismo nivel tanto en el hombre como en
y si nos referimos a la última diré que

durante mi asistencia durante tres años como
no interno y dos como médico a las Clínicas y dispen-
sarios de Obstetricia y Ginecología de esta Facultad.

Se puede observar y comprobar que la ma-
yor parte de las ginecopatías (vulvo-vaginitis, endocervici-
tis, endometritis, perimetritis, salpingo oovaritis y hasta perito-
nitis) son debidas a la infección blenorragica y basta

verdaderamente el ver el grandísimo número de las-
que precisan hacer, hasta el punto de que
por los poderes públicos se deberían de tomar medidas
para evitar estas infecciones pues se comprende la trans-
misión social que esto tiene por ser un motivo y gran-
de de disminución de población.

Generalizándose la infección puede producirse en ambos sexos artritis hemorrágicas con anquilosis consecutivas que inutilizan para siempre el miembro afecto.

Recuerdo a este propósito entre varios que citar los dos siguientes. en uno de ellos se trata de un joven de 17 años alumno de la escuela naval; sufrió una hemorragia y le sobrevino una artritis de la rodilla izquierda. La enfermedad fué larga (cerca de cuatro meses) los suprimientos horribles el resultado la anquilosis, quedar cojo para siempre e inutil para seguir su carrera. El 2º caso se refiere a un modesto condiscípulo mío que adquirió

una uretritis específica a la que siguió una artrosis de la articulación radio-carpiada derecha. El resultado en este segundo caso no pudo tampoco ser más favorable, un médico medio mano, inútil para operaciones quirúrgicas y limitado solo a tratar con tópicos y una lámpara. ¡Qué resultados del infundado optimismo con que se apreciaban las uretritis!

Como más adelante haré un estudio detallado de todas las complicaciones y localizaciones que la uretritis puede presentar tanto en ambos sexos como las secundarias de cada uno no insisto más aquí en mostrar la importancia que tienen los flujos de la uretra, entrando de nuevo en el estudio de otro interesante

problema, la profilaxis individual.

Empiezo por decir que así como no soy optimista en cuanto al pronóstico de la infección hemorrágica, afirmo que es posible y no solo posible sino fácil preservar al individuo del contagio; lo único difícil será siempre llevar

a la práctica las reglas de profilaxis sexual y a recordar misma de las funciones genéricas. Las

aceptables serán siempre las más sencillas y aquellas que deban practicarse post-coitum.

La profilaxis individual de las uretritis refiere al hombre y a la mujer y puede ser en antes y después del coito.

Reglas profilácticas antes del coito relativas al hombre:

1.^a Aplicación de los preservativos higiénicos de
ingles fabricados de goma. Los contruicidos con
substancias (cubierta serosa de la vejiga natatoria de
los peces, cuero de ovejia etc deben desecharse.

2.^a Evitar toda excitación immoderada y artifi-
cial antes y durante la cópula.

3.^a Non morietur in coitu.

Reglas profilacticas post-coitum relativas al
cunbulo.

1.^a Instilar en el meato urinario inmediatamente
pues del coito algunas gotas de una solución de
nitrato argéntico al 1 ó 2 por 100.

Esta práctica recomendada por Hansmann

886, ocasiona un dolor vivo, aunque de corta duración.

2^a Orinar después de algunos segundos de buena instilación anterior.

3^a Lavar después minuciosamente los genitales con agua y jabón y mejor aun con un líquido antiséptico.

Reglas profilácticas antes y después del coito relativas á la mujer.

Regla única: Irrigación vaginal con solución caliente de sublimado al 1. por 2.000 ó rotatorio al 1. por 3. ó 4.000.

También se ha recomendado el nitrato argéntico al

1 por 500 y el ictiol al 3 por 100.

Estas irrigaciones usadas antes del coito por una mujer infectada pueden evitar la transmisión del contagio y usadas después por una mujer sana, en reciprocación. —

! Urethritis especifica en general.

La gonorrea es una inflamación contagiosa de la mucosa uretral producida por el gonococo de Neisser. Esta inflamación especifica puede tener asiento en todas las mucosas revestidas de epitelio prismático provistas de papilas y de una l. superficial sub-epitelial de vasos linfáticos; en este caso se hallan la uretra en uno y otro sexo, la vulva, las glándulas vulvo-vaginales, la vagina, el cuello uterino, la conjuntiva palpe-

bral, el ojo, las mucosas nasales, bucal, rectal y de las vías lagrimales. En cambio las mucosas tienen epitelio cilindríco con red superficial celular son terreno refractario á la infección gonocócica.

Entre todas estas localizaciones, la de la mucosa gineito-urinaria es la mas frecuente y la a de que nos ocuparemos.

La uretritis especifica puede ser aguda crónica.

1.º Naturaleza de la blenorragia.

Son tantas las doctrinas que se han emitido acerca de la naturaleza de la blenorragia que seria

neciso un largo capítulo de historia para poder hacer un juicio crítico completo de todas ellas.

Indicaremos brevemente y en forma esquemática doctrinas capitales comprendiéndolas en tres grandes periodos.

Periodo Antiguo que comprende desde los tiempos mas remotos hasta fines del siglo XV. Conociárase los síos purulentos de los genitales, más acerca de su naturaleza que eran producidos por úlceras de la uretra o que estaban constituidos por licor semi-corrompido.

Periodo medio que abraza desde fines del siglo XV hasta el descubrimiento del gonoceo por Miller.

n 1878.

Al conocer la sífilis se creyeron idénticos los virus que originaban la blenorragia y aquella infección; de ahí nació la teoría de los idéntistas refutada y combatida por los no idéntistas que consideraban distintas ambas afecciones.

Fueron idéntistas Hunter y sus discípulos y no idéntistas Benjamin Bell y Ricord sífilógrafo último que separó por completo la blenorragia de la sífilis.

Después entre los no idéntistas surgió una división: unos admitían la existencia de un virus específico en la blenorragia, virulistas; otros, Ricord el

principal de entre ellos, negaban la existencia de se-
 ñales virales; no virulistas;

Periodo moderno que comprende desde 1878 has-
 ta nuestros dias. El descubrimiento del gancococo por Niss-
 er dió el triunfo a los virulistas.

Sin embargo no puede darse por cerrada toda
 discusión sobre este tema; se han descubierto después
 una porción de micro-organismos; el trichomonas ve-
 nereal de Tousseauville, los micrococcos de Martineau.

Harmonie en 1882; de Leturik en 1883; de Bar-
 xi en 1884; de Correy y Marcus en 1884; los mi-
 crobios en grupos de dos o tres de Anfrecht en
 1884 el vibrio linicola de Donné en 1886; el genitalia

-2-

Soursaume, etc que se hallan con tanta frecuencia
las secreciones hemorrágicas además de otras
a diferencia con el de Weiser es tan difícil
las veces que ha hecho pensar en la no identidad
sucoco; me refiero al pseudogonococo de Bockhart,
orchionoco de Brand, al displococo de Geissl, etc.

¿ Que valor tendrá la especificidad del gonococo
Weiser para la hemorragia si en las investio
clínicas al microscopio, rápidas y
se hacen generalmente, tomamos por gonococo a
quiera de aquellos microorganismos?

A pesar de estas dudas que indican que el pro
blema está todavía resuelto por completo, nosotros

intinos para la uretritis hemorrágica o específica
 l. enterio bacteriológico y la especificidad del gonococo
 e. Neisser, no sin haber constatado antes que no todas
 s. leucos de la uretra son producidos por el mismo
 or otros microorganismos, habitualmente acompañados
 e prolongan la duración de la enfermedad y
 gravan las consecuencias.

De estos nos ocuparemos al tratar de las uretritis
 abianas no específicas.

2.º Bacteriología. (a) Caracteres morfoló-
 icos de los gonococos. Los gonococos no son ver-
 ros cocos pues no son redondeados; tienen forma
 en forma de y se disponen en parejas mirándose por

los bordes concavos es decir que son *Leptococcus* también
se comparado por su forma y disposición a la re-
lla del café

Quiere cada gonococo un diámetro de 0,6 a 0,7 mi-
ras en su diámetro mayor y 0,5 micras en el menor.
Estas dimensiones son en extremo variables según el
período en que se halla la blenorragia, siendo
en Macé y Legrain más frecuentes en la for-
ma crónica que en la aguda. Esta variabilidad
de las dimensiones del gonococo aumenta las di-
ficultades para diferenciarlo del pseudogonococo
del Pockhart y del uretrococo de Grand y Hugonnet.
... Caracteres histo-
químicos de los go-

cocos. Buscando el modo de aislar en la platina del microscopio estos microorganismos, Boux indicó una reacción especial de coloración; el gonococo no se colora por el método de Gram mientras que se colorean perfectamente los diversos cocos fríos que le acompañan. Esta regla que pareció dar solución al problema de la diferenciación del gonococo, se vio después que es incorrecta; muchos otros microscopios morfológicamente parecidos al de Weiser, gozan también de aquella propiedad, y la recoloración por la eosina de los gonococos decolorados por el método de Gram indicada por Steinschneider es también un procedimiento bastante infiel. Todas estas reac-

ciones micro-químicas no tienen /sulf/ por ahora ningún valor sino se tiene en cuenta el distinto modo como se agrupan los gonococos y leucocitos en el interior de las células epiteliales).

“ El Jefe del laboratorio microbiológico de la Beneficencia Provincial Sr. ~~Me~~ ~~audora~~ ~~emp~~ ~~lia~~ en a investigación del gonococo una técnica que da buenos resultados y que es la siguiente: se extiende en un cubre objetos una pequeña gota de pus sospechoso y se ~~de~~ ~~ca~~ ~~si~~ ~~calor~~ ~~mar~~ ~~en~~ ~~una~~ ~~laminilla~~ ~~e~~ ~~alcohol~~ ~~y~~ ~~después~~ ~~hace~~ ~~el~~ ~~ténido~~ ~~por~~ ~~el~~ ~~areel~~ ~~de~~ ~~me~~ ~~ileno~~ ~~y~~ ~~otras~~ ~~veces~~ ~~con~~ ~~violita~~ ~~y~~ ~~pardo~~ ~~Bismarck~~ ~~se~~ ~~da~~ ~~por~~ ~~resultado~~ ~~una~~ ~~aple~~ ~~coloración~~, el gonococo

violeta los núcleos pardos y el protoplasma y mucos.
 me en amarillo claro. De los distintos procedi-
 de coloración empleados para investigar el
 coco resulta que este se caracteriza más que por su
 reacción especial con ~~que~~ las materias tintóreas,
 su morfología y topografía, pero cuando
 se trata de microorganismos aislados sin es-
 caracter de distribución peculiar como
 el ~~pus~~ de las endocervicitis y vaginitis blan-
 viáticas es difícilísimo el precisar su existencia;
 a este caso dice el Dr. Mendoza seguimos conven-
 idos de que hoy no existe medio mejor que el pro-

cedimiento de Roux que consiste en tratar el
preparado por el método de Gram y observar después
de la coloración; si los microbios observados en la 1.^a
inspección persisten en la segunda no se tratará de
gonococos; si se decoloran lo son efectivamente y si
se ven decolorados unos y otros con el tinte persisten
se trata de gonococos a los cuales se mezclan
indiferentes o psíquicos pero no específicos. » (1.)

c. Caracteres biológicos de los gonococos. En

(1) Nota del Dr. Hernandez B. en la traducción
la obra italiana de Aquiles Breda titulada Manual prác-
tico de enfermedades venéreas y sífilíticas. = Madrid 1889 pag. 10.

los medios de cultivo ordinarios: caldo, gelatina, glosa, te no ha sido posible cultivar los *gusacocos*; en medios e scialm lo han conseguido varios como Beumer que los cultivo en suero humano puro, Singer en agar adicionado de suero humano, de leche de perro, de conejo, de conejillo de India, etc., Boekhart y Wertheim tambien en agar mezclada con suero humano, Sullivan ha obtenido cultivos estables en una mezcla de gelosa y liquido ascitico. Britton dice que el medio mejor de cultivo es el uero de conejo.

Las colonias obtenidas en estos medios tienen un color gris y constituyen manchas de forma redon-

Filtrando estos cultivos cuando ya son viejos, se
con un líquido exento de microbios en el cual se en-
uentran las toxinas específicas. Christman preparó sus
venias después evaporar al baño de María el pro-
ducto de filtración de los cultivos de gonococos y añadir
dele glicerina neutra.

Esta toxina inyectada en la uretra produce
inflamación purulenta en cuyo pus no se han
podido hallar microorganismos. Esta toxina se neu-
traliza perdiendo su virulencia por medio del
alúmen determina la formación de un precipitado (1).

1. J. Tullien - Traité pratique des Maladies vénériennes pag. 9 -
Paris 1899. =

Estos cultivos obtenidos con minuciosas cuidados han resultado sin embargo con escasa vitalidad, habiendo observado que la alcalinidad debilita al microorganismo mientras que la acidez excita ligeramente su vitalidad en los cultivos.

La temperatura es tambien para ellos un factor importante; la más favorable para su desarrollo es la de 36° siendo preciso elevar muy poco la temperatura (39°) para que mueran. Por bajo de 25° los cultivos son estériles y en las temperaturas medias (25° a 30° y 36° a 38°) se desarrollan mal.

La acción que sobre los gonococos tienen los diver-

ros antisépticos ha sido objeto de numerosos experimentos; pero llama desde luego la atención, que el ácido fénico, el permanganato y el nitrato argéntico y el bicloruro de mercurio esterilizan los cultivos en las proporciones mínimas en que esterilizan los cultivos de otros microbios.

Es de creer según Fiebigel que se forma en la superficie del cultivo del cultivo, al contacto de las soluciones antisépticas una capa aluminosa coagulada que preserva a los gérmenes de la parte superior del cultivo de la acción destructora del antiséptico. Mezclados con pus tampoco pierden los

gonococos su virulencia.

El profesor de Higiene de esta Facultad de Medicina Dr. Forns ha conseguido cultivar el gonococo en medios de cultivo obtenidos á base de placenta humana en los cuales vive perfectamente, ocupándose de ver si consigue obtener por inoculaciones antitoxinas específicas para emplearlas en la terapéutica humana. Intenta también cultivar el *Spirocheta pallida* ó *treponema* de Schaudin en los caldos de placenta humana.

d. Topografía de los gonococos en los puntos de secreción.

Dispuso el microscopio de modo que pueda

ar un aumento de 400 a 500 diámetros, podemos;
 para esta observación, emplear el líquido de Löffler
 a colocar los gonococos (50 partes de solución acuosa
 de al V por 10.000 y 30 partes de solución alcohó-
 lica concentrada de xarul de metileno al 150
 100.

Observando la preparación veremos que raras
 vez se halla una pareja de gonococos aislada; casi
 siempre se agrupan en número de 20, 30 o 40 unos
 el lado de los otros, sin superponerse como lo hacen
 los *Stafilococos*; tampoco se agrupan con regulari-
 dad como los *estreptococos*. Respecto a su topografía.

en los productos de secreción, es cierto que pueden verse gonococos puros y entre las células epiteliales y leucocitos pero lo que constituye la regla es hallarlos en el interior mismo de estos elementos.

De modo que la característica del gonococo descansa en este tríptico: forma, agrupamiento y topografía intracelular.

El curso de la uretritis tiene también notable invaria que el gonococo habita preferentemente en el elemento celular, así en el comienzo de la inflamación de la próstata se le ve siempre dentro de las células epiteliales, en tanto que en el po-

ricolo de estado en sitio favorito es dentro ~~de~~ de los
leucitos. (Macé et Segrain.)

Que las células epiteliales puede ser tan considerable
el número de gonococos englobados, que la
célula se rompa y se destruya por no poderlas
aver; a estas destrucciones celulares acompañadas
la dispersión del contenido atribuy o ya el que pueda
hallar gonococos aislados en el cuerpo de una
epitaxión.

Los leucocitos pueden ser destruidos también
los gonococos que contienen, pero esta destrucción
alcanza solo al protoplasma, quedando libre el

núcleo; de todos modos, siempre es menor el número de gonorreos alojados en el interior de los leucocitos que las células epiteliales. Según Nagel el único medio de diferenciar los gonorreos es ésta manera: «especial de relacionarse con las células epiteliales» con los glóbulos blancos, además de estos cultivos.

A. Uretritis blenorragica aguda

1.- *Etiología.* - Para la inoculación ó contagio de la uretritis específica hay que tener en cuenta dos factores: el agente específico y la receptividad del canal de la uretra.

Del gonorreo ya hemos hablado; de las náme-

rosas causas que presiden a su inoculación en la uretra, y que dependen indirectamente del estado que determina un estado local especial receptividad, vamos a ocuparnos ahora.

La etiología de la uretritis blenorragica es el contagio, sólo el contagio; desechamos por ridículos las pretendidas causas que suponen que el beber excesivo, la equitación, la sangre menstrual, etc. capaces de producir una blenorragia especifica ó coccos. Claro es que estas circunstancias enumeradas podrían irritar la mucosa si una vez irritada, aunque sea.

ra terreno mas favorable al contagio, y evolución del
 por del proceso que si estuviera sana. Es indudable
 tambien que puede haber contacto contagioso sin
 que tenga lugar el contagio, ya por la práctica es-
 tancia de las reglas profilácticas, ya por
 se la mucosa en tal estado de perfecta integridad
 técnica y funcional que la constituya en terre-
 o refractario a la infección de que se trata.

Estas consideraciones nos obligan a estudiar una
 serie de agentes en el sentido de los coadyuvantes de
 infección, que en una o en varias modifican el
 estado de receptibilidad de la mucosa uretral.

Estas causas coadyuvantes pueden ser locales o generales; las locales las mencionaremos separadamente para cada sexo y las generales por su misma índole ya se deduce que son comunes á ambos sexos.

Plasugamos una mujer infectada; que circunstancias favorecerían la transmisión al hombre de uretritis blenorragica? tres:

- 1.^a La intensidad
- 2.^a La extensión
- 3.^a El sitio de la inflamación específica.

Respecto al sitio, la inflamación puede o aisladamente la vulva, la uretra, la vagina ó el

resuldo exterior o infectar a un tiempo todas estas re-
ciones.

La limitación del proceso en espacios reducidos
como la glándula vulvo-vaginal, la cripta
del vestíbulo, etc en los que pueden permanecer largo
tiempo durante dos o tres años, es desfavorable a
transmisión del contagio siempre que el coito
es normal; en cambio puede dar lugar a infeccio-
nes hemorrágicas sin que este haya tenido
solo por contacto del miembro con la vulva.

Hay también en el aparato sexual de la mujer
una porción de humores que excitan la virulencia

del gonococo, aumentando por consiguiente los riesgos de contagio. En este sentido solamente que la sangre menstrual y las diversas secreciones ejercen una decisiva influencia en la transmisión de la *tit* específica.

Las causas locales que en el hombre favorecen la recepción del virus como su transmisión, son las siguientes.

1.^a El volumen exagerado del pene

2.^a El fimoosis

3.^a El desarrollo extraordinario del prepucio

4.^a La amplitud del meato urinario.

5^a El hipospadias.

6^a La violencia y repetición del coito así como su prolongación.

Los instrumentos contaminados tales como las sondas, las geringuillas uretrales, etc pueden bien portadores de la infección.

Las causas generales coadyuvantes del contagio.

bleuorrágico son: la debilitación general, cansancio físico y moral (spermungge), las diátesis linfáticas, escrofulismo, reumatismo, gota, etc son indudablemente causas bastantes que el organismo disminuyen las defensas

44
orgánicas naturales. De ahí que la existencia de
tales estados aumente la receptividad mucosa
de todas las mucosas y de la uretra para el contagio
recepción y evolución del proceso blenorragico.

Algunos alimentos y medicamentos parecen que
tienen la propiedad de irritar la mucosa
provocan el contagio o agudizan la uretritis es
específica ya existente. Las bebidas alcohólicas
en general, los berros, los espárragos, los condimen-
tos, la cantárida, el nitrato potásico, algunos bol-
sánicos, el ioduro potásico, los arsenicales etc, tie-
nen esta acción.

2. Anatomía patológica.

El estudio de la anatomía patológica de la uretritis específica aguda, es casi imposible hacer en el cadáver como consecuencia, por no ser mortal la afección de que se trata.

Antiguamente se creía, que el proceso anatómico patológico de la uretritis específica aguda consistía en la producción en la mucosa uretral de flictenas, úlceras, cistítrixes, etc según probarse en los escritos de Bartholin, Marcello Severo, Virsunga, Littré y otros autores. Creíase también que el pus blenorragico

origen en las glándulas perivesicales, y que de los testículos, de la próstata, de las glándulas de Cooper o de las de Littre no hacia más que ser la uretra para tener salida al exterior, ulcerándola al tiempo de pasar gracias á sus propiedades irritantes.

Fue preciso que Morgagni á fines del siglo XVIII cubriese los senos que llevan su nombre y demostrase que son el sitio de elección de la enfermedad, que se desechasen aquellas equivocadas ideas del procreo que nos ocupa.

Posteriormente en tiempos de Bell y Hunter se

recibieron más estos conocimientos, pudiendo afirmar que hasta entonces no empezó a tomar interés verdaderamente científico la anatomía patológica de la uretra; se empezó a comprender la importancia de la localización del proceso primitivamente en el meato urinario y era navicular, así como se precisó más y mejor la naturaleza del flujo exudado.

Estos trabajos de investigación y perfeccionamiento continuaron después en tiempos de Ricord y de Desormeaux; Voillernier con sus numerosos estudios post-mortem, Desormeaux, y Grindfeld con sus descubrimientos endoscópicos sentaron ya como principio fuera de toda

discusión que la inflamación va extendiéndose desde el meato hacia la vejiga; que en la uretritis aguda específica la mucosa uretral está roja, edematosa, vascularizada, eroficiada y hasta algunas veces esulcerada.

Según Jullien (1.) puede resumirse en dos proposiciones el resultado de las observaciones y necropsias

1^a El sitio de la blenorragia es la mucosa uretral.

2^a Las lesiones que presenta son las de inflamación localizada en diversos elementos, particularmente en la red linfática sub-epitelial.

(1) Loc. cit pag. 48.

En la actualidad se suman a todos estos conocimientos los que dependen del nuevo factor el gonococo. ¿Cómo penetra este microorganismo en los intersticios? Estudiada esta cuestión en la oftalmía blenorragica (Dintler), en la estomatitis de los recién nacidos (Rosinski), en la blenorragia paraurtral y prepuccial por varios autores (Fabry), Jadassohn, Teuton y otros, creyóse al principio por analogia, que el gonococo permanecía y vegetaba en la superficie de la mucosa uretral infectada.

Hoy se sabe positivamente que lejos de permanecer en la superficie, penetra

a más o menos profundidad atravesando por la sustancia especial llamada cemento, que sirve de medio de unión a las células epiteliales.

El sifiliógrafo alemán Finger ha demostrado perfectamente esta penetración de los gonococos a través del cemento epitelial. Para sus observaciones se ha valido de un medio ingenioso que le ha permitido observar *post-mortem*, todos los estadios paso a paso de la flegmasia blenorragica: la incubación de la blenorragia uretral en moribundos.

Este autor ha observado que los gonococos penetran con gran rapidéz a través de los

epitelios cilíndricos; al tercer día de la incubación toda la superficie plana de la mucosa, los senos de Morgagni y hasta los conductos excretores de las glándulas, están llenos de gonococos, resultando de esta activa y rápida proliferación, que la mucosa pierde su brillo por la descarnación epitelial; en algunos puntos está desgastada, observándose erosiones superficiales, en otros se ven elevaciones flictenulares y si la inflamación ha sido muy intensa pueden llegar a producirse pseudo-membranas; pronto el dermis mucoso está invadido por los gonococos que le

penetran dando lugar allí, tal vez por la secreción de toxinas especiales a una abundante diapedesis y a una proliferación embrionaria considerable, al mismo tiempo que los vasos se dilatan. En los casos de mediana intensidad, el proceso se detiene aquí no llegando a ser invadido el corion mucoso; el proceso inflamatorio no sigue adelante, los exudados se reabsorben y la mucosa en fin recobra su integridad anatómica a excepción del epitelio que todavía sigue siendo pavimentoso algún tiempo en vez de cilíndrico.

La anatomía patológica de los casos en

que por ser la inflamación mas intensa y de mayor duración las lesiones no se detienen en el corion mucoso no es de este lugar. Mas adelante al describir la uretritis blenorragica crónica, veremos que estas lesiones pueden referirse a la capa muscular de la uretra, a la porción esponjosa, a su envoltura fibrosa y según Dittel hasta el mismo tejido subcutáneo y la piel.

3. Sintomatología

De lo estudiado anteriormente en la anatomía patológica del proceso blenorragico, deducese que el gonoco tiene dos movi-

mientos de traslación; uno de propagación desde el meato urinario hacia la uretra, cuello vesical, vejiga y ureteres; otro desde la superficie de la mucosa hacia el dermis mucoso, corion, etc.

A estas dos clases de movimientos de traslación corresponden también dos agrupaciones sintomatológicas diferentes.

La infección empiera por el meato urinario y localizarse en la fosa navicular, permaneciendo estacionada en la uretra anterior durante un tiempo variable: sin causa apreciable o con motivo de un

Tratamiento defectuoso, espontáneamente
 según Janet, Andry, Guizard, etc se pue-
 de propagar a la uretra posterior. Creo que
 no merece los honores de la discusión el dilu-
 cidar si la invasión de la uretra posterior
 es fenómeno normal o no en el curso de
 la blenorragia; la uretra anatómicamente es
 un solo órgano; tiene como todos los órganos
 conexiones distintas en los diversos tramos
 de su longitud y a estas relaciones distin-
 tas de vecindad es debido, al enfermar la
 uretra, la producción de sintomatología
 variada, claro está, según cual sea

Arrojo afecto.

A pesar de estas lógicas y rasonadas consideraciones, y solo por convenio para facilitar el estudio anatómico, patológico y terapéutico de la uretra se la ha dividido en las porciones conocidas por todos; anatómicamente en tres porciones, prostática que comprende la parte abarcada por esta glándula, membranosa o mejor dicho muscular, que se extiende entre la próstata y el bulbo uretral y porción esponjosa que llega desde el fin de la muscular hasta el meato urinario; clínicamente se han considerado en la uretra dos porciones: una perineal que comprende la prost'

tica, la membranosa y una pequeña parte de la esponjosa, formando en conjunto la uretra posterior y otra periana que extendiéndose hasta el meato urinario, constituye la uretra anterior. La primera se considera como fija y la segunda movable. Todas estas divisiones son muy útiles para el estudio; pero no se olvide que son divisiones convencionales y artificiales, la uretra es una sola. Por olvidar esto incurren en notable ligereza algunos especialistas muy distinguidos al afirmar que la uretritis posterior debe considerarse como una complicación comparable a la orquitis ó a la

didimitis (1.). Nada de eso; precisamente el tipo perfecto de una uretritis blenorragica será aquella en que este afecta toda la uretra; el sindrom clinico sera completo precisamente cuando te invadida por el gonococo la uretra posterior, pues sumándose los sintomas de la uretritis anterior con los de la posterior, tendremos todos los sintomas que puede dar la uretra al ser asiento de una infección gonocócica.

Por otra parte, siendo la infección progresiva en sentido ascendente, se presenta-

(1) a' Suarez de Mendosa en sus lecciones acerca de la blenorragia pag 18
Madrid 5898

en naturalmente, primero los síntomas de uretritis anterior y después si el proceso no ha podido ser detenido los de uretritis posterior.

Porque así ocurren los hechos y porque así se presentan los síntomas, sin olvidar que también lo reclama de este modo la terapéutica, estudiaremos sucesivamente los síntomas de uretritis blenorragica aguda anterior y posterior.

A. Uretritis blenorragica aguda anterior.

Admitiremos cuatro periodos, en cada uno de los cuales estudiaremos síntomas subjetivos y objetivos diferentes.

Periodo de reacción latente. = Llamado también de

incubación por la generalidad de los autores, es comprendido desde el momento patogénico, es decir desde el instante mismo en que la uretra ha sido infectada hasta que aparecen los primeros síntomas. Los no virulistas negaban la existencia de tal periodo y efectivamente que no les faltaban razones para ello; en primer lugar, el verdadero concepto de incubación significa espacio de tiempo que necesita un germen vivo para transformarse en individuo adulto de su especie, y en la blenorragia no se incuban gérmenes de gonococo sino miríadas de estos microorganismos ya desarrollados.

des, y generalmente al máximo de virulencia.
Lo que sucede es que la mucosa uretral necesita un cierto tiempo, variable según los individuos para reaccionar contra la invasión; idénticamente lo mismo que sucede, por ejemplo, con un rescillo arañarse o con una enterocolitis de causa tóxica, y a nadie se le ha ocurrido la peregrina idea de admitir período de incubación en aquel pequeño accidente y en esta grave inflamación.
Solo por rutina y por copiarse uno autores a otros, además de la preponderancia alcanzada por el microbiologismo, se sigue creyendo que la circunstancia de ser un agente v

la causa de la uretritis blenorragica entraña la necesidad de tener que admitir forzosamente un periodo de incubación, en el sentido estricto de la palabra, en el proceso blenorragico.

Mei parecer en esta cuestión es completamente opuesto a lo admitido por la generalidad: creo que no hay tal incubación y que en este primer estudio del proceso juega la uretra el principal papel, no el gonococo, y de ahí la gran variabilidad que se observa en la duración de este mal llamado periodo de incubación.

Segun cifiliografos tan veridicos como Fournier, Finger, Guiard y Furbringer dura por termino medio de cuatro a cinco dias; pasa de cinco segun Lantz: Pedres dice que en algunos sujetos puede reducirse a dos o tres dias y hasta a veinticuatro horas; a doce horas afirma Kopp; prolongase hasta dos semanas, un mes (Lemonnier, Ohlers, Lantz). ¿Ya esto se llama cientificamente periodo de incubacion? El tiempo de incubacion de un germen no puede oscilar entre terminos tan extremos, porque no es lógico que ~~que~~ suceda asi con el gonococo, siendo

excepción de las leyes que rigen a todos los seres de la Naturaleza, no se ha demostrado que así sea. En cambio, es perfectamente racional y demostrable la variabilidad de tiempo de reacción, según la uretra de los individuos, para responder a las agresiones mecánicas, químicas y vivas.

Valga por lo que valiere, propongo que se denomine a este periodo de reacción latente, por cuanto la reacción de los tejidos de la uretra no llega a ser lo bastante violenta para que el enfermo se aperciba de ella. Este periodo carece de síntomas objetivos.

y subjetivos.

b. Período prodromico. Los prodromos sintomáticos de la inflamación blenorragica que va a comenzar, son, ligera sensación de calor al tiempo de orinar; en el intervalo de las micciones, cosquillas y picor agradable, que mantiene el miembro en un estado de semierección; de doce a veinticuatro horas; despues aparece, espontáneamente o por presiones retrogradadas, una mucosidad clara, trasparente y viscosa producida por hipersecreción glandular y descarnación epitelial. Los labios del meato urinario suelen pegarse, la secreción mucosa tornase

bien pronto sero-mucosa, serosa despues, sero-
 purulenta y purulenta en fin, mientras que la
 sensacion ligera de calor al tiempo de orinar
 va exaltandose gradualmente hasta llegar a
 ser de verdadera quemadura. El meato, al co-
 menzar el flujo a tener caracter seroso, se en-
 rojece, se inflama se ranversan sus labios
 y el edema y el dolor no tardan en aparecer
 en él. El numero de micciones, si bien es
 verdad que algunos enfermos contienen la
 orina cuanto pueden por temor a los sufri-
 mientos que el acto les ocasiona, no sufre
 generalmente alteracion; lo mismo puede

decirse acerca de la forma, fuerza y amplitud del chorro de orina y de la composición de este líquido.

Cuando hay fimosis la extremidad del pene aparece hsa y brillante, efecto del edema considerable que entonces se produce y que pone densa la cubierta cutánea del prepucio.

Los síntomas de vecindad, como son la sensación de peso en la región perineal, los infartos de los ganglios inguinales, la tirantez del escroto, no suelen observarse con frecuencia.

En este segundo periodo, cualesquiera que sea la intensidad de los fenómenos

locales, en la mayoría de casos el estado general del enfermo no ofrece ninguna alteración.

C. Período de estado. Lo que caracteriza este período es la abundancia y carácter decididamente purulento del flujo, los trastornos de la micción de origen puramente uretral y un estado de eretismo excesivo del pene (Poulsen.) Además hay que añadir a este síntomas generales de intensidad variable.

Prescindiendo más: síntomas anatómicos, síntomas fisiológicos y trastornos generales.

Este período de estado comienza hacia el quinto o sexto día y dura quince o veinte

días; el maximum de agudora del proceso corresponde al final del segundo septenario, segun Tullien.

(a.) Síntomas anatómicos. Pueden reducirse a tres principales: hinchazón, enrojecimiento y edema, quedan al miembro un aspecto característico. Este presenta todos los caracteres de un órgano inflamado; desde los primeros días del periodo de estado, y efecto de la maceración continua e incensante en un pus irritante y acre, el prepucio y glande presentan se infiltrados, adematosos, turgentes y con temperatura superior a la normal;

si existe un fimosis hipertrófico natural, fór-
 mase una especie de capuchón adematoso su-
 perpuesto al glande. La piel del miembro
 esta también adematosa y dibújense en ella
 con singular relieve las venas con su color aru-
 lado, los linfáticos rojizos, presentando al tac-
 to estos últimos la sensación de cordones más ó
 menos voluminosos, convergentes a la raíz del
 pene y a la ingle; si hay adenitis, solo
 excepcionalmente, son gonocóccicas (Weff.),
 siendo el estreptococo su causa probable; ma-
 ra por supurar.

Sobre el glande y bordes del prepucio

cio se observan algunas veces la formación de costras amarillentas (pus específico desecado) que al ser arrancadas o al caerse dejan al descubierto pequeñas esconaciones dolorosas.

La uretra, cuyas paredes están engrosadas por la infiltración de productos inflamatorios, forma un relieve duro longitudinal en la cara posterior del miembro, notándose por la palpación a lo largo de ella nudosidades pequeñas que pueden ser producidas por la inflamación de las glándulas alojadas en su espesor o por la distensión que aquella experimenta. Menos frecuente es que esta induración

sea producida por propagación del proceso a la cubierta fibrosa de los cuerpos cavernosos, en cuyo caso, además de la durera, se comprueba esta localización especial de los infiltrados plásticos por el obstáculo que ofrece a la erección.

(b.) Síntomas Fisiológicos. Estudiaremos aquí los caracteres del flujo, la disuria, la disérgación, el dolor y la erección.

Caracteres del flujo. Este flujo que como ya sabemos, es decididamente purulento en el periodo de estado, se excreta y nace, al principio, en la mucosa de la uretra anterior y en la fos navicular del bulbo; por la acción de la gra-

vedad la vis á tergo y hasta por la contracción imperceptible de los tejidos que rodean la uretra, camina lentamente hacia el meato-urinario que de un modo continuo le destila durante el día por estar el pene pendiente; durante la noche suele acumularse en la fosa navicular hasta adquirir el suficiente grado de tensión que le dé salida al exterior bajo la forma de sucesivas eyaculaciones punilentas.

El color y la consistencia del pus blenorragico son datos objetivos de gran valor para el practico, pues variando según el periodo de la flegma-

sia, permiten diagnosticar y pronosticar con acierto. La cromática general del pus específico comprende los siguientes colores: hialino, opalino, blanco, amarillo y verde, con los de transición de uno à otro, enmascarados à veces por un tinte rojizo ó eclipsados del todo por este color.

El color rojo no le incluyo de intento en la cromática general por ser un color accidental del pus debido à pequeñas hemorragias de la mucosa de la uretra. En el periodo de estado, que es el que estamos describiendo, el color del pus es amarillo terroso.

Las manchas de pus específico son tambien

dignas de atención. Si observamos una mancha de esta naturaleza en una tela blanca (faldon de la camisa), veremos que está constituida por dos zonas concéntricas de forma circular y de distinto tono de color; la parte central de la mancha en donde se han fijado los elementos sólidos y colorantes, tiene una coloración mas acentuada, en tanto que la zona marginal, en donde se ha difundido la parte serosa del pus, está menos coloreada. Pues bien, para deducir el color del pus, por el que padece la mancha, hemos de fijarnos en la porción marginal, no en la central, pues esta nos

da siempre un tono mas subido del que tiene en realidad la excreción específica. Según esta regla, y recordando la escala cromática general del pus blenorragico, diremos: si la zona central es blanca el pus es opalino; si es amarilla el pus es blanco, si es verde el pus es amarillo.

Estas manchas descarnadas tienen tambien la propiedad de endurecer la tela, que aparece como almidonada en toda su extension.

El flujo que mas endurece los lienzos es la secreción sero-mucosa del principio de la enfermedad.

Las causas de irritación en un blenorragico, tales como la erección prolongada, el coito, la masturbación, las inyecciones mal hechas etc. puedan dar lugar a que el pus sea rojo sanguinolento, constituyéndose la llamada blenorragia ~~rusa~~ *russa*. Por lo demás, ya hemos dicho anteriormente que consideramos como accidental esta coloración del pus.

La violencia de la inflamación, aunque con poca frecuencia, puede hacer que se produzcan falsas membranas en la superficie de la mucosa de la uretra; estas falsas membranas salen al exterior en fragmentos o en forma de cilindros (blenorragia crupal de los alemanes).

La consistencia del flujo excretado es variable, segun su composicion; seroso al principio, va adquiriendola mayor a medida que va haciéndose francamente purulento; al final de la uretritis va disminuyendo su consistencia, pues vuelve seroso y filamentosos.

Disuria. Transformada la uretra en un tubo inerte por la parálisis de sus fibras circulares lisas, puede afirmarse que solo por la vis a tergo salen al exterior los productos de eliminacion y la orina por el impulso vesical. Este liquido encuentra ademas multitud de dificultades para atravesar la uretra,

pues por una parte la hiperhemia del tejido exéctril produce un verdadero estrechamiento del canal, y contribuyen por otra a la disuria la hinchazón general del órgano, la infiltración de la mucosa y el edema del tejido celular. Con estos datos fácil es comprender que disminuya en el volumen y amplitud el chorro de orina y hasta que tenga que ser expulsada gota a gota; este chorro es, además, adelgazado, desviado hacia uno u otro lado, y algunas veces quebrado y en forma de chorro de regadera. Indudablemente contribuye también a todo esto la voluntad del enfermo,

que temeroso del dolor, se esfuerza en moderar las contracciones del diafragma y de las paredes abdominales para que la orina salga con mas lentitud.

La retención de orina no es accidente que obrevenga con frecuencia, y se produce por la hinchazón muy exagerada del organo o por as inyecciones intempestivas y causticas, siendo preciso recurrir en estos casos al cateterismo para evacuar la vejiga.

La orina no sufre modificacion alguna ni en su cualitativa ni en su cuantitativa, segun puede comprobarse por la prueba de

los tres recipientes; para ello orina el enfermo en cada recipiente sin interrumpir la micción y de modo que de la cantidad total de orina contenida en la vejiga corresponda, aproximadamente, una tercera parte a cada recipiente. Observando al trasluz el líquido de cada uno, veremos que el contenido del primero, es decir, la orina expulsada primero es turbia y lactescente por haberse mezclado con el pus blenorragico y secreciones de la uretra; la contenida en los otros dos recipientes es transparente y limpia.

Del dolor en la micción ya trataremos al estudiar el dolor como sintoma general fisiolo-

rio del periodo de estado en la uretritis específica aguda.

Diseyaculación. Los trastornos de la eyaculación constituye un sufrimiento más para el enfermo. El dolor que produce la salida del líquido espermático es muy agudo y a modo de sensación de rasgadura interna. Como dice muy bien el Doctor Mendora (1) "las erecciones vienen, obretodo por la noche, a completar el tormento, impidiendo el necesario reposo. Y cuando rendido por el cansancio acaba por dormirse la pobre víctima del gonococo, la congestión pelviana, calor de la cama y la natural continencia,

acaban por añadir á estas erecciones una eyaculación que, abrasando la uretra como metal en fusión, interrumpe dolorosamente algun voluptuoso sueño." Estas eyaculaciones nocturnas van casi siempre acompañadas de hemorragia. La emisión seminal no se efectúa con ímpetu, sino lentamente y babeando. La causa de estos trastornos en la eyaculación se cree reside en la inflamación del tubérculo del veru montanum en el estado inflamatorio de los canales eyaculadores.

Dolor. El dolor espontáneo durante curso de la uretritis específica, y en el inter-

valor de las micciones es poco importante; refiérese a una sensación obtusa de dolorimiento en toda la extensión del miembro y del pene, localizándose preferentemente a nivel del glande y del ligamento suspensorio del pene. El dolor intenso acompaña a la micción, a la eyaculación, como acabamos de ver, y a la erección.

El dolor es, sin duda alguna, entre los trastornos de la micción el más importante para el enfermo. Su intensidad es muy variable y depende tanto de la mayor o menor agudera de la inflamación como de la susceptibilidad especial del individuo afecto.

La causa del dolor en la micción es, por una parte, la falta de elasticidad de la uretra, y por otra, su descarnación, que, dejando al descubierto las terminaciones nerviosas al efecto ~~caus~~ caústico de la orina en estas condiciones, hace que ésta actúe por su temperatura y por su acidez. Esta sensación de dolor es tan intensa que los enfermos la comparan a la que se experimentaría orinando fuego, alfileres, navajas de afeitar etc, si esto fuese posible.

Afortunadamente dolor agudísimo no dura mas que el tiempo de la micción.
Erección. La erección en los blenorragicos

es un fenómeno reflejo, cuyo origen debe buscarse en la irritación de las terminaciones nerviosas de la mucosa enferma; estas erecciones patológicas son más intensas y repetidas durante el sueño que en la vigilia, porque entonces es precisamente cuando el poder excitomotor de la médula espinal alcanza su máximo de intensidad, por emanciparse de la influencia del cerebro. La natural continencia, la distensión de la vejiga repleta de orina durante la noche, y en una palabra, el estado de sobreexcitación que domina todo el aparato genital, hacen lo demás.

En el periodo agudo (segundo septenario) las erecciones nocturnas son casi continuas y sumamente dolorosas para el enfermo que se ve privado del sueño y empeorado en su uretritis; muchos tienen que levantarse de la cama diez, quince o mas veces y pasearse por la habitación para hacer desaparecer por breve tiempo tan lamentable estado.

El dolor en la erección es producido por la distension que sufre la uretra, que por haber perdido su elasticidad por la exudación inflamatoria que la infiltra, no puede seguir a los cuerpos cavernosos en su turgencia; por

otra parte los cuerpos carnosos
 hallándose sujetos en su escursión
 a dos puntos fijos, se arquean y con-
 stituyen un arco que sostiene, geome-
 tricamente, como cuerda, la llamada
 cuerda uretral por su durera, en el
 proceso hemorrágico. Este fenómeno,
 que tiene lugar en mayor o menor gra-
 do, cuando se exagera por coincidir
 una intensa flegmasia de la uretra
 con una violenta erección, es conocido
 por el vulgo con el nombre de
 protracciones de gaza —

Aillo.

Generalmente el arco formado es concavo hacia abajo; pero no es raro observar casos en que el pene presenta la concavidad mirando a la derecha o la izquierda. Este hecho, tiene explicación satisfactoria pensando que puede existir predominio en la excitación patológica de las terminaciones nerviosas de la uretra de un lado sobre las del otro, que hace que el espasmo consiguiente sea más enérgico en dicho lado también puede suceder que un cuerpo carcnoso, infiltrado por los exudados, no pueda sufrir la repleción sanguínea

que lo pone erectil, en cuyo caso el otro cuerpo cavernoso al continuar su funcionalismo orientará la concavidad de la curva lateral hacia un lado o hacia otro según cual sea el cuerpo cavernoso activo.

10) Trastornos generales.

La metritis específica aguda es apirética. Algunos autores, entre ellos Forekaki, dicen que una tercera parte de estos enfermos presenta estado febril independiente de toda complicación en su plenitud; punto es este que necesita confirmación. Los sistemas y grandes aparatos orgánicos no presentan trastornos de

importancia, y tan solo algunos pocos pacientes acusan cefalalgia, inapetencia, trastornos gástrico-intestinales, etc; pequeñas indisposiciones que no merecen el nombre de trastorno general. Esto no obstante, si la uretritis es muy intensa, de larga duración, si las erecciones imposibilitan el sueño y el descanso, entonces no pueden menos de repercutir en el organismo del enfermo todos estos sufrimientos, que adelgaza, se fatiga con facilidad, tornase anémico y su cara adquiere esa palidez y tinte especial que pudiéramos llamar *facies blenorragica*.

d. Período de declinación.

Comienza al final del segundo septenario e' iniciase por la disminución, erección y edema del prepucio, del glande y del pene; despues desaparece paulatinamente aque-
lla sensación de calor y tensión que experimentaba el paciente en todo su aparato genital.

Las erecciones no son ya dolorosas; la micción se efectúa con regularidad y sin dolor. El flujo disminuye; cambia de color y de consistencia; recorre en sentido inverso la escala cromática general del pus uretrítico, y de verde pasa a' amarillo, a' blanco-amarillento, etc;

se hace más fluido, al propio tiempo de volverse seroso y filamentoso.

En este periodo es cuando principalmente un tratamiento bien dirigido cura la uretritis por completo.

B. Uretritis blenorragia aguda posterior. No siempre ocurren los hechos como acabamos de describir. El proceso blenorragico puede invadir la uretra posterior y lo hace algunas veces desde los primeros dias de la infección y sin sintomatología aparatosa (Guiard); con más frecuencia trascurridos diez ó quince dias del comienzo de la uretritis, presentase de

un modo brusco y alarmante la frecuencia de las micciones, dolor en la raíz del miembro gotas de sangre al expulsar la última porción de orina y repetición de las pérdidas seminales, cuadro sintematológico que nos indica que no solo está afectada la uretra posterior, sino también que el proceso ha llegado tal vez al cuello vesical. Mas no siempre que se presentan estos síntomas es fácil convenirse objetivamente de que en realidad existe secreción blenorragica en la uretra posterior, pues el esfínter vesical por la parte superior y el esfínter interuretral por abajo cierran.

por decirlo así; las dos salidas que dicha secreción pueda tener en el intervalo de dos micciones, y claro está que al salir el pus mezclada con la orina o penetrando en la vejiga puede pasar desapercibida objetivamente la infección gonococcica del tramo más alto de la uretra. Si la secreción purulenta es muy abundante puede forzar los esfínteres, en cuyo caso o pas desapercibida por penetrar en la vejiga o sale al exterior con cierto impulso: producen entonces en la ropa manchas alargadas de dos o tres centímetros de longitud en vez de las manchas redondeadas que ya hemos estudiado

anteriormente.

Segun Gruyon y Larmin el procedimiento mas sencillo para comprobar la supuración de la uretra posterior consiste en limpiar antes perfectamente la uretra anterior de los productos patológicos que contenga, ya por medio de un explorador olivar o por cualquier otro procedimiento, y una vez hecho esto, con el mismo explorador se franquea cuidadosamente el esfinter membranoso e interuretral, con lo que se da salida al pus retenido en dicha porción de la uretra. Giard ha presentado como objeciones a esta maniobra el que pus

er dolorosa, y otra más importante, la posibilidad de contaminar la uretra posterior que sospechamos enferma, en el caso que no lo estuviere. Esto además de que según dicho autor, el reconocimiento no tiene ningún valor si no va seguido del estudio microscópico y bacteriológico del producto recogido.

La prueba de los tres recipientes puede servirnos también para diagnosticar la uretritis aguda posterior. Kellmann procede del modo siguiente: después de haber lavado ^{también} perfectamente la uretra anterior hace orinar al enfermo en los tres recipientes; si la orina contenida

En el primero presenta filamentos, estos proceden de la uretra posterior; si la orina del segundo no los contiene se deducirá que la uretra prostática está sana, si el tercer recipiente, en fin, tiene filamentos en suspensión en la orina, es que el proceso inflamatorio ha llegado al cuello de la vejiga. Esta última conclusión no es exacta si admitimos como lo hacen Finger, Janet, Ultrmann, Guizard y otros, la posibilidad de retención del pus entre los esfínteres y el paso del mismo a la vejiga cuando por su excesiva abundancia llega a tener suficiente tensión para forzar el

esfínter vesical. Por consiguiente la presencia de filamentos en el tercer recipiente no siempre significa inflamación específica del cuello.

Otro procedimiento bastante ingenioso y sencillo para averiguar si está afectada la uretra posterior es el de Kromayer; este autor hace una inyección en la uretra anterior con una solución de picrotanina azul; si examinando la orina del enfermo vemos que tiene en sus piones filamentos azules y filamentos blancos es que hay uretritis aguda posterior.

Este examen puede hacerse media hora después de hecha la inyección de

de puerperina. La propagación de la uretritis específica a la uretra posterior no va acompañada de ninguna modificación ni alteración del estado general. No obstante esta extensión del proceso a toda la uretra hace más inminente el peligro de que surja alguna complicación por ser este tramo de la uretra invadida una encrucijada común a las vías urinarias y genitales, en cuyo caso se presentan los trastornos generales propios a cada complicación.

St. Marcha, duración, terminaciones, exacerbaciones y recaídas. Según Perisson, la

uretritis. blenorragia aguda tratada metódica-
 mente en un individuo exento de diátesis, de
 buen estado general y sin vicios de conformación
 en sus genitales, recorre con regularidad sus tres
 principales fases en un espacio de tiempo de
 cuatro a cinco semanas, que se distribuyen del
 modo siguiente: incubación ó período de reacción
 latente, de cuatro a cinco días; período prodro-
 mico y progresivo, también de cuatro a cinco
 días, estado, dos ó tres semanas, en cuanto al
 período de declinación su duración es tan varia-
 ble que no puede fijarse tiempo promedio.
 Rincón decía: *Alne chan de pisse commence,
 Dieu sait quand elle finira?* ¿Tenia

varían el sabio sífilógrafo francés. En cambio todos conocemos a algunos que se llaman especialistas, no siendo más que charlatanes que amparados en el procedimiento abortivo dicen y anuncian, que es lo peor, que curan la hemorragia en dos días. Esto sobre no ser científico ni serio es falso; aun transcurridas, no más que sean las veinticuatro o cuarenta y ocho horas desde el momento patológico, es ya tarde para regular el proceso, y la acción de las sustancias microbicidas, siempre irritante, no puede emplearse sin peligro en una uretra cuya capa endotelial está

alterada por la proliferación de los gonococos (Rollet.)

En ciertos casos sufre la duración y marcha del proceso blenorragico notables modificaciones. Puede ser la uretritis subaguda desde su comienzo, caracterizándose porque la secreción seromucosa y seropurulenta del primer periodo en vez de tener estos caracteres solamente unos cuatro o cinco dias, como sucede de ordinario, los presenta durante todo el curso de la enfermedad, esta modificación de la blenorragia hace que ésta se asemeje mas en su tipo clinico al periodo de declinación

de una blenorragia de curso normal, que no al periodo álgido que por su fecha le corresponde. En estas formas torpidas durante largo tiempo sobreviene a veces una agudización repentina acompañada de excreción purulenta, dolores agudos y de todos los fenómenos de la uretritis sobreaguda. En enfermos escrofulosos, tuberculosos o debilitados pueden observarse estas variaciones, la subaguda principalmente.

El periodo de estado puede también durar indefinidamente en ciertos enfermos de temperamento linfático o cuando se abusa de la medicación antisyfilitica. La supu-

ración es entonces abundante, pero espesa y cremosa, no llegando a tener nunca la fluidez que caracteriza la madurez de la blenorragia.

El periodo de declinación es el mas interesante cuanto variable en sus modificaciones; llega a ser la pesadilla del enfermo y la desesperación de los médicos poco peritos en estas materias. Aparte de su exagerada duración en algunos enfermos, el estudio de las exacerbaciones y de las recaídas es interesantísimo.

Entendemos por exacerbación el salto atrás en la serie de periodos que para la uretritis específica aguda hemos admitido, y por

recaída la vuelta de la enfermedad a cualquiera de sus fases, después de haber sido curada en realidad o aparentemente, pero siguiendo siempre la marcha normal propia del proceso que estudiamos.

Las exacerbaciones son mas frecuentes que las recaídas, como puede comprobar el práctico que sepa observar finamente, no obstante parecerlo mas las recaídas por lo que llaman la atención del enfermo y del médico. Como causas de ambas modificaciones en la marcha y duración naturales de la blenorragia, citaremos los excesos alcohólicos, el uso y abuso de bebidas

que contienen ácido carbónico (cerveza, gaseosa, agua de selzn.) la repetición del coito, la masturbación, las erecciones prolongadas, el frío, la humedad, el surmenage, el no dormir etc, sobre todo cuando estos excesos o trasgresiones de régimen reacen en sujetos debilitados y de estado general desesperado, por enfermedades crónicas o por las que antes denomináramos diatésicas.

Las recaídas tienen lugar a veces al principio del periodo de declinación y no son verdaderas recaídas, sino exacerbaciones, según las definiciones que hemos dado; otras veces

sin nuevo contagio ni contacto sospechoso, presentase mucho tiempo después de haber cesado todo flujo uretral. En algunos individuos estas recaídas tienen lugar cinco, seis ó mas veces, lo que ha valido el nombre de blenorragia de repetición, a esta modalidad especial de la uretritis gonocócica.

No he tenido tambien ocasion de observar gran numero de reinfecciones en enfermos en que la duracion del flujo se contaba por años. En estos casos no hay que confundir la reinfección con la recaída y menos aún con la exacerbación.

5. Complicaciones. El estudio completo de

Las complicaciones de la uretritis específica aguda es tan extenso y de tal importancia su conocimiento para el sifiliógrafo, que no entraré aquí en detalles relativos a cada complicación, primero por no hacer interminable este trabajo, y en segundo lugar porque no me he propuesto hacerlo. En sucesivas monografías que pienso publicar, estudiaré inextenso cada complicación importante. Solo daré aquí las líneas gruesas, el esbozo que sirva para el conocimiento general de dichas complicaciones.

En dos grandes categorías podemos dividir las complicaciones de la uretritis blenorragi-

ca. aguda (Hendry : a) complicaciones locales y b) complicaciones generales.

a. Complicaciones locales. Estas complicaciones locales reconocen como causa la extensión de la inflamación, producida por el gonococo y los microbios patógenos que se le asocian, a los divertículos y glándulas anejas a la uretra, así como a los diversos órganos del aparato genito-urinario. Pueden radicar en diversos órganos tejidos y según aquellos estén o no provistos de membrana o capa epitelial, así variarían también y tendrían fisonomía y carácter clínico distintos las complicaciones que en los mismos tengan lugar (Jullien)

Las complicaciones que asientan en las mucosas del aparato genito-urinario, están constituidas por una inflamación idéntica a la de la uretra, en rigor, no son verdaderas complicaciones, sino sencilla propagación del proceso a los tegumentos continuos a la uretra infectada; la costumbre sin embargo, con muy buen acuerdo, ha hecho que se admitan y que se estudien como tales y verdaderas complicaciones por todos los autores. Se hallan en este caso; la cistitis del cuello, la cistitis propiamente dicha, la uretritis, la balanitis, la prostatitis, la epididimitis, la orquitis, la prostaticitis canicular, la espermato-

cistitis ó inflamación de las vesículas seminales, la funiculitis, la epididimitis y la orquitis.

Las complicaciones locales que no asientan en las mucosas recaen por lo general en órganos vecinos de la uretra; la flegmasia produce en ellos supuración y no excreción blenorragica característica. Se hallan en este caso; el flemón, el absceso, la prostatitis perienquimatosas, los flemones periuretrales, flemones perifoliculares, adenitis etc.

Además de las divisiones que preceden, las complicaciones locales hay que estudiarlas en el hombre y en la mujer. En los siguientes

Los cuadros de Pousson están enumeradas todas las complicaciones de la uretritis específica aguda.

Cuadro sinóptico de las complicaciones locales de la uretritis blenorragica en el hombre.

1.º De los divertículos glandulares y folículos yuxta y para-uretrales situados cerca del meato y en el surco balano-prepuccial, particularmente al lado del frenillo (glándulas de Tyron.

Diverticulitis, folliculitis y yuxta uretrales, de Diday, Jadassohn, Jalry, Poucet, Alder, Jallat; tyromitis de Legnan; uretritis externas, de Oedmansson (Estas infecciones secundarias son susceptibles de reinocular la uretra.

2.^o De los folículos y glándulas endo-uretrales, glándulas de Cowper

Folliculitis simple o supurada que puede dar lugar á abscesos perimuretrales, á fistulas; Hadry, Poillemier, Lefont, ~~comp~~eritis aguda supurada o no, de Gubler, Longloach, ~~comp~~eritis crónica.

3.^o De la vejiga

Cistitis del cuello y del cuerpo

4.^o De los ureteres, pelvis menor, riñones

Uretritis, pielitis, nefritis

5.^o De la próstata

Prostatitis aguda supurada o no. Hemion periprostático. Prostatitis crónica

6.^o De las vesículas seminales

Spermato-cistitis.

- 7.º Del canal deferente . . . { Deferentitis
- 8.º Del epididimo { Epididimitis y orquitis.
-

Cuadro sinóptico de las complicaciones locales de la uretritis blenorragica en la mujer.

- 1.º De los divertículos y
policulos vestibulares y perineurales { Vulvitis
- 2.º De la glándula de Bartholino. { Bartholinitis.
- 3.º De la vejiga { Cistitis
- 4.º De los ureteres de la pelvis
de los riñones. { Uretentis, pielitis, nefritis.

5.º De la vagina	{ Vaginitis
6.º Del útero, cuello y cuerpo . . .	{ Metritis cervical y del cuer- po (endometritis.)
7.º De las trompas, del peritoneo.	{ Salpingitis - pelvi-peritonitis.

Las complicaciones locales contenidas en estos cuadros son las que pudieran denominar por continuidad de tejido. Hay otras complicaciones, locales también que resultan del transporte del pus específico o cualquier mucosa por medio de los dedos del enfermo o del médico que olvida las reglas de la asepsia y

-117-

antisepsia, ya por contacto con objetos diversos
o instrumentos contaminados.

Entre todas estas infecciones la que se presenta
al práctico con más frecuencia, es sin duda la
oftalmia blenorragica o conjuntivitis purulenta.
La mucosa de la conjuntiva óculo-palpe-
bral es terreno tan abonado y de tal aptitud
para el cultivo del gonococo de Neisser, que ha ser-
vido a Penzger de campo de experimentación
para demostrar la inoculabilidad del gonococo,
así como a Dinkel, Pumn, Deutschman y otros
doctores para refutar algunos errores respecto
a microorganismos, que además del gonococo,

han sido presentados como otros tantos agentes específicos de la blenorragia.

Con tanta intensidad se desarrolla algunas veces el proceso en la conjuntiva, que en horas solamente puede acarrear la pérdida de la visión por opacidad consecutiva de la córnea simplemente o por la completa destrucción y fusión purulenta del globo ocular.

Por orden de frecuencia, diremos que la oftalmía blenorragica en los recién nacidos es la que más se observa en la práctica; sigue luego la oftalmía purulenta en el hombre (Enfermos blenorragicos en su mayoría), dando,

por último, la mujer solo un contingente de un 17'76 por 100, según observaciones de Holmes Spicer en el hospital oftálmico de Londres, de un 0'26 por 100, según estadísticas hechas desde 1890 por Deerequy (1.) en la clínica del Dr. Panas, de París.

Después de la conjuntiva, los casos de infección de las demás mucosas que citan los autores, son raras clínicas que solo excepcionalmente se nos presentarán en la práctica. Esto, no obstante, tiene interés conocer y saber que Rossini ha visto casos de blenorragia bucal;

(1) Deerequy - Des ophtalmies purulentes chez femmes etc. les petites filles. these pour le Doctorat de Medicine.

Gettstein, Neuman, Correlino, Lien y Vincennes de blenorragia de la mucosa nasal; Desruelles y Gilbert del oído externo; Staub, Frisch, Nohet, el mismo Neisser, Huttlee y otros de la mucosa ~~ano~~-rectal, siendo un hecho que no admite duda de ningún género la transmisibilidad de esta especial localización de la blenorragia.

b. Complicaciones generales.

El concepto de infección general gonocócica es una adquisición de la ciencia contemporánea.

Hoy se admite que todos los órganos y tejidos de la economía pueden ser atacados por

el ~~ser~~ organismo de la uretritis específica, y cada día las autopsias confirman y afianzan esta idea permitiendo hallar focos purulentos con gonococos en tan recónditos sitios no sospechados siquiera hace pocos años, hasta en las mismas cavidades del corazón, por ejemplo, cómo la infección local en su comienzo, se generaliza y porque más lo efectúa, es problema que se está discutiendo todavía y acerca del que se han emitido multitud de hipótesis mas o menos admisibles. Según Courty, los gonococos pasan al torrente circulatorio, en donde

son englobados por los leucocitos ^{que} aquellos sean destruidos por estos; ya en el interior de los leucocitos, siguen los gonococos proliferando y segregando toxinas; estas toxinas son las que pueden producir una enfermedad infecciosa de naturaleza específica.

Para el gonococo no desarrolla, pues, el leucocito, ignoramos en virtud de que privilegio, su función fagocítica.

Otros autores creen preciso que tengan lugar asociaciones microbianas del gonococo con otros microbios para que la

infección general se manifieste; este es también nuestro parecer, con la diferencia que, admitida por haberse demostrado la posibilidad del paso del gonococo al torrente circulatorio, y habiéndome siempre llamado poderosamente la atención la poca frecuencia con que ocurre esta complicación tan grave, no he creído nunca que es solo en aquellos enfermos blenorragicos que presentan lesiones o síntomas generales en los que solamente ha logrado el gonococo, por que arte mágico, pasar al torrente de la circulación. Dicho de otro modo, a nuestro juicio, el gonococo ~~pa~~

sa al torrente circulatorio en todos los enfermos afectos de uretritis blenorragica, pero no se presentan complicaciones generales mas que en aquellos que, por padecer esta infeccion intercurrente, pueden tener lugar las asociaciones microbianas. No ignoro que esta afirmacion es muy atrevida, pero es muchisimo mas logica que pensar que si de 1000 enfermos blenorragicos 11 han presentado complicaciones generales, es porque solo en once ha podido el germen ganar el torrente circulatorio.

Sentada la anterior hipotesis, las asociaciones microbianas son las que deciden

que se presenten ó no en un blenorragico las complicaciones generales tan temidas; son las que excitando el genocorio determinan una hipersecreción de sus toxinas, presentándose la infección genococcica general, antes latente, que no se hubiese manifestado á no haber tenido lugar la terrible asociación á pesar de contener genococos la sangre de todo individuo afecto de uretritis específica.

A todavia puedo añadir á lo anterior, que no pasa de ser una hipótesis (cuya comprobación estoy verificando examinando la sangre al microscopio de todos los enfermos

con uretritis específica aguda o crónica de que dispongo), datos de mi observación personal que me permiten precisar más en este interesante punto de la especialidad: el micro-organismo que asociado al gonococo produce más presentemente manifestaciones de infección gonocócica general, es el microbio de la sífilis. Esta ley, que creo haber descubierto, por no hallar consignado nada semejante en los anales de la ciencia sífiliográfica, la he visto confirmada en casi todos los casos que de blenorragia general he tenido ocasión de observar.

El microorganismo de la sífilis (*Treponema pallidum* de Schaudin, es uno, tal vez el único, de los que asociado al gonococo, produce casi siempre infecciones gonocócicas generalizadas. Como esta asociación determina el proceso, lo ignora, he pensado si el *Treponema* excitara una hipersecreción de toxinas en el gonococo, si la toxina del microbio de la sífilis podría ^{hacer} que la proliferación del gonococo aumente extraordinariamente, si la combinación de las toxinas de ambos microbios será, tal vez, la que da lugar a los procesos inflamatorios o bien

dos; si las lesiones sífilíticas, en fin, tan precoces y que determinan al principio del período secundario los dolores en las articulaciones, harían de estas un locus minoris resistencia en donde el gonococo, existente ya en la sangre del sujeto blenorragico proliferase y desenvolviere procesos de poliartritis aguda, hidroartrosis, artritis pláica, artritis supurada, sinovitis tendinosa o inflamación de las bolsas tendinosas, según el sujeto, la localización, la intensidad de la infección y otras circunstancias diversas que se desconocen.

Pocos en numero son los casos que me han permitido establecer la hipotesis y ley anteriores, como escaso es tambien el numero de veces que entre infinidad de blenorragias tiene el practico ocasion de observar complicaciones generales. Ciertamente son los observados por mi, numero que en absoluto es pequeno, pero relativamente considerable, representa haber observado muchos enfermos con blenorragia.

Los catorce casos que he podido observar se descomponen del modo siguiente.

1.º En siete casos adquirió el enfermo al mismo tiempo las dos infecciones. Las artrosis sobrevinieron durante el período de reparación del chancro sífilítico.

2.^o En cuatro casos la infección
 sífilítica era anterior a la
 infección blenorragica y
 3.^o en los tres casos restantes,
 la infección blenorragica (local)
 era anterior a la sífilis, exis-
 tiendo blenorragia crónica al contraer
 la infección sífilítica.
 Estos hechos necesitan ser compro-
 bados y corroborados por mayor
 número de observaciones, debien-
 dose en caminar las observaciones

1.º. Se verificar numerosos análisis micrográficos en busca de gonococos en la sangre de los individuos afectados de blenorragia. Estos análisis deben repetirse varias veces en un mismo enfermo, y tomar la sangre de diferentes puntos y orígenes.

2.º. Se investigará los antecedentes de sífilis, ~~actual~~ o pasada, en todo enfermo blenorragico con complicaciones generales que se tenga ocasión de observar.

Refiriéndome á otros tipos de complicaciones blenorragicas generales, no conocidas desde tan antiguo como las artríticas no haré mas que

mencionarlas e indicar los autores observadores.

Tournier, Jacquet y Dreme han señalado una periostitis frecuente, segun ellos a nivel de la cresta de la tibia; Finger, Eichhorst y Duesey han observado pleuresias hemorrágicas; Brandes, desde muy antiguo y modernamente Morel, Baudouin, Derignac, Delprat, Saccoud, Vedden Scheller y Glucinski han observado endocarditis simples o sépticas y ulcerosas; Guntz, Lhemann y Texier, pericarditis Heis y Derignac miocarditis gonocócicas; ciática de origen hemorrágico; Dupont, Bailly, Vidart, Erard Plome, Gries, Diday, Dupont,

Hiseier y Contagne; polineuritis, Enger, Reiners;
 Stanley, Leyden, Bayen, Parmentier, Stefanni,
 etc, manifestaciones especiales de mielitis y menin-
 gorrachia; hasta en el encéfalo; Panas ha descue-
 berto una neuritis óptica, Bonet una diplopia
 temporal y Fournier un caso de sordera incomple-
 ta, dependientes de blenorragias generalizadas.
 En dermatología se han indicado dermatosis bleno-
 rragicas y se ha descrito un eritema polimorfo
 de este origen, así como por Vidal y Jeanselme
 aquellos trastornos tróficos de las extremidades
 inferiores

Con lo dicho se comprenderá la gran im-

portancia que tienen en la actualidad las complicaciones de la blenorragia y las relaciones que esta, al parecer insignificante enfermedad, tiene con el proceso sifilítico.

6. Pronóstico. El pronóstico de la uretritis blenorragica aguda, ya que no grave, es siempre reservado. Acabamos de enumerar las complicaciones a que puede dar lugar esta afección y del estudio detenido de cada una de ellas deduciremos la medida de la gravedad del caso.

Hoy además de las complicaciones, otros estados morbosos que son consecuencia de la blenorragia y que justifican lo reservado del pronóstico;

me refiero a la gota militar, las estrecheces urinales, los abscesos periuretrales, las fistulas urinarias, etc; consecuencias remotas cuya sola enumeración es suficiente para formar una idea de la gravedad que con el tiempo puede tener para el individuo la primitiva afección gonocócica.

La uretritis específica entraña, además, un verdadero peligro para la sociedad y la familia; de ahí que algunos autores, tal vez exagerando algo, hayan equiparado su gravedad con la de la sífilis. "Hay muchos blenorragicos que curan o parecen curar pocos hay cuya

salud praderca seriamente comprometida, y, sin embargo las dos terceras partes de esos á quien ois hablar ligera y hasta alegremente de sus tropiezos venéreos, tarde ó temprano pagarán un cruel tributo á la enfermedad. Es, pues necesario, es indispensable, que difundamos entre el público el nuevo y verdadero concepto que la ciencia moderna nos ha obligado á formar de esta enfermedad: ¿como hemos de considerar benigna una afección que tan á menudo produce la estrechez uretral, con todas sus penosas, ó gravísimas consecuencias?

La oftalmia purulenta, que rápidamente

puede producir la ceguera; la artritis blenorragi-
ca, la peritonitis, la endocervicitis gonocócica, que,
como hemos dicho, puede en breves días acarrear
la muerte, son frecuentes complicaciones de la en-
fermedad que estudiamos; enfermedad que oculta ba-
jo la forma de gonococcismo latente, convierte al
que la padece en una fuente de infección que con-
tamina, a veces inconscientemente, a la mujer
mas querida, condenándola a largo y penoso
martirio de la metritis, salpingitis y oovitis
blenorragicas, a la vez que transforma en foco
de estéril podredumbre las entrañas que
tienen la nobilísima misión de perpetuar el

el nombre y la rara.

Como confirmación de lo dicho citare las siguientes observaciones presentadas por el profesor Rendu a la Sociedad médica ^{de los Hospitales} de París en la Sesión de 12 de Noviembre de 1897.

"Una mujer de treinta años de edad que hasta entonces había gozado de perfecta salud, ingresó en el Hospital, afectada al parecer, de una metritis hemorrágica benigna. Pronto aparecen fenómenos septicémicos gravísimos, sin que el mas detenido examen permita descu-

brir una causa seria que los explique. Aun cuando no pudo descubrirse la existencia de uretritis, ni vaginitis, ni inflamación anexial alguna, se hizo el examen del líquido uterino, en el cual... se encontraron gonococos en número extraordinario.

Tras veinte días de fenómenos generales agudos, apareció en el codo un flemón difuso, cuyo pus contenía igualmente gonococos. Apesar de la evacuación del pus, la enferma no mejoró, sino que por el contrario, siguieron en aumento los fenómenos agudos de septicemia, debilitándola de tal manera que falleció treinta y tres días después, sin que fuera posible comprobar localización ninguna,

excepción hecha del corazón que aminoró ligera modificación en sus latidos.

En la autopsia se encontraron lesiones de pericarditis aguda, vegetaciones típicas en las válvulas aórticas, un poco de líquido en la pleura, congestión del bazo y esteatosis del hígado y riñones.

El examen bacteriológico de las vegetaciones del endocardio demostró la presencia de innumerables gonococos. (1)"

Siegheín, por su parte (Zeit. f. Klin. Med., Bd. XXXIV. 16.6.- Rev. of. Revierst.) añade un curioso caso a la literatura de este género;

(1) A Suarez de Mendoza, loc cit pag. 14 y 15.

Una mujer leucorreica es atacada repentinamente de dolores abdominales, vómitos y grandes escalofríos varias veces repetidos en el día. A la auscultación, pulmones normales y un soplo sistólico con pulso bráquico. Varios días después la rona de matidez cardíaca aumentó apareciendo un soplo diastólico con pulso intermitente, a cuyos síntomas se agregaron durante el último mes en que murió la enferma, disnea, nefritis, cistitis y un aumento de bazo. La autopsia reveló una endocarditis ulcerosa de las válvulas aórticas, nefritis, cistitis y endometritis.

Ni los cultivos de la san se en vida, ni

sangre recogida del corazón, ni los troncos de válvula dieron resultado alguno bacteriano. Sin embargo, el microscopio demostró en los cortes de las preparaciones del corazón la indudable presencia de gonococos, haciendo así ver que el caso era de una endocarditis gonorréica, aparecida sin previa invasión de las articulaciones. Es interesante advertir que con la aparición de los síntomas cardíacos casi cesaron las manifestaciones vaginales, para reaparecer después con mas marcada intensidad. Según Singer la cesación de tales manifestaciones es debida al aumento de temperatura. En la literatura médica contempo-

rara se registran a centenares casos como los dos que, escogidos al azar acabo de referir.

A pesar de este sombrío cuadro patológico, hay que reconocer que circunscribiéndose al pronóstico de la blenorragia aguda por si solo, pueden establecerse las siguientes conclusiones.

1.^a Si la enfermedad recae en un individuo sano y sometido desde el principio a un buen tratamiento, el pronóstico es de poca gravedad, aunque siempre reservado.

2.^a Las complicaciones locales y generales, especialmente estas últimas, agravan el

pronóstico, y

3.^a Sea posibilidad de contraer las complicaciones remotas o consecuencias morbosas de la blenorragia, esta en razón directa del número de veces que el individuo ha padecido la infección blenorragica

7. Diagnóstico. Parece fácil y presenta no obstante, algunas veces serias dificultades.

En los periodos de reacción latente y prodrómico, cuando aun no hay flujo uretral purulento y desconoce todavía el paciente la enfermedad que su a presentarse, solo puede hacerse el diagnóstico al microscopio. Pero lo mas frecuente,

aunque el especialista tiene que saber hacer el diagnóstico en cualquier periodo de la enfermedad, es que ^{se} nos presente el sugato blenorragico al principio del periodo de estado, hacia el quinto o sexto dia, cuando los dolores uretrales en la micción, ya insuperables, así como la abundancia y carácter purulento del flujo, le deciden a ponerse en cura.

Hay que hacer pues, el diagnóstico y es indispensable para esto considerar dos clases distintas de conformaciones individuales.

- 1.º Individuos de glándula descubierta o visible.
- 2.º Individuos de glándula invisible.

En los primeros se ve salir el pus por el

Meato urinario, puede recogerse allí mismo, y si no bastan los caracteres clínicos para establecer inmediatamente un diagnóstico de visu, la pureza del exudado patológico llevado a la platina del microscopio será una garantía del resultado del análisis bacteriológico. Mas todavía en este caso puede haber dificultades diagnósticas, y en mi práctica he tenido ocasión de comprobar errores de esta naturaleza muchas veces, viendo diagnosticados de blenorragia, abscesos uretrales y periuretrales abiertos espontáneamente en la uretra, así como casos de supuraciones uretrales sostenidas por

chancros indurados o blandos, calificados tambien de blenorragias y sometidos al consabido tratamiento del sandalo o de la copaiba, mas alguna inyeccioncita de sulfato de zinc o de subnitrito de bismuto en suspension gomosa lan-
danizada (?).

Por otra parte, el diagnostico diferencial que trato de establecer ha de ser de caracter si-
mico, pues ni siquiera dispone el medico de tiempo, de microscopio para buscar los gonococos en el momento de la consulta, ni esto es realizable en los dispensarios y consultas numerosas, y sin embargo hay que diagnosticar bien y pronto.

Las afecciones con las que hay que hacer el diagnóstico diferencial en la primera clase de enfermos, son: los abscesos supurados uretrales y peniuretrales, el chancre duro intra-uretral, el chancre blando intrauretral, el herpes del canal, la prostatitis y la cistitis del cuello. En los enfermos de la segunda clase, o de glándula enviable hay que hacer además el diagnóstico diferencial con la balanopostitis y los chancres blando o indurado, del surco y mucosa balanoprepucial.

No me ocuparé aquí de diferenciar la uretritis aguda anterior de la posterior, ya

que en páginas anteriores, al tratar de la respectiva sintomatología de cada una de estas localizaciones del proceso blenorragico, ha quedado bien sentado lo propio y característico de cada una.

Abscesos supurados uretrales.
 Se trata aquí de abscesos locales producidos por un tratamiento caustico innecesario, por causas comunes, no de los abscesos supurados de la uretra que pueden presentarse como complicación de la blenorragia, pues en este caso huelga el diagnóstico diferencial.
 Estos abscesos de causa común pueden abrirse espontáneamente en la uretra y

simulan, siquiera sea por algunas horas, una uretritis específica; en ellos fluye de pronto, gran cantidad de pus por el meato, pero los caracteres de este pus, que siempre es mas o menos sanguinolento y el hecho de expulsarse en proporción decreciente hasta que se agota, unido a la ausencia de dolor al orinar y carencia de todos los demás síntomas propios de la blenorragia, hace que este diagnóstico diferencial sea sumamente fácil para el especialista.

Abcesos o flemones supurados periuretrales. Estos abcesos se presentan con menos frecuencia que los uretrales, siendo

rarisimos los de causa común y contados los de causa específica, Si se abren espontáneamente, lo hacen con mas frecuencia por la piel ó mucosa balano-prepucial que por la uretra.

Y como suelen alcanzar un volumen que puede llegar al de una nuez, su formación no pasa desapercibida para el enfermo, que él mismo hace el diagnóstico diferencial. en el caso rarísimo de abrirse espontáneamente por la uretra y dar lugar a un flujo purulento por el meato.

Chancro cluro intrauretral.
En el chancro sífilítico endouretral tiene lugar

una supuración poco abundante saniosa y sanguinolenta que al salir al exterior, pudiera hacer creer en la existencia de una blenorragia. Esto no obstante, el diagnóstico diferencial es también aquí sencillísimo.

Empezando por el conmemorativo, si puede aplicarse en el caso que estamos examinando, se verá que el contagio data de larga fecha, siempre mas de veinte días, si se trata de chancro sifilítico intra-uretral; de menos de ocho días, tratándose de la uretritis específica aguda. El dolor en la micción, en el primer caso, está localizado al pun-

to de implantación del chancre y es, además, poco intenso; ya sabemos que en la uretritis ocupa el dolor a los pocos días todo el tramo anterior de la uretra y que el dolor al orinar es terrible. En el punto de implantación del chancre sífilítico, percíbese por la palpación, a lo largo de la uretra, la dureza característica del chancre duro, debida a la esclerosis del tejido conjuntivo ambiente: el edema o hinchazón dura de que puede participar hasta el glándula si el chancre posterior está a poca distancia del meato. Faltan todos los demás síntomas propios de la blenorragia y pueden observarse en cambio, con ayuda del tiempo,

Los trastornos iniciales de la infección sífilítica, principalmente los de aparición precoz: infartos ganglionares bi-inguinales, duros, indolentes, múltiples frios y movibles, quebrantamiento general de fuerzas y dolor hemicráneo vespertino.

Dado el poco cuidado con que se reconocen generalmente los enfermos que se creen hemorrágicos, es muy frecuente y muy deplorable, por cierto, ver casos diagnosticados de hemorragia, tratándose en realidad de chancros sífilíticos intraurales. Este error es tanto más transcendental, cuanto que, pasando desapercibida la sífilis,

deja de tratársela con oportunidad, sorprendiendo después al Médico y al enfermo los mas graves accidentes. Contrario dice Bellet (1) que este chancre y el de la amígdala constituyen uno de los capiteles mas importantes de esas sífilis ignoradas, objeto de tantos trabajos en la actualidad, sobre todo de parte de los sífilógrafos ingleses.

Chancre blando intra-uretral.
En este chancre la secreción puede ser abundante, pero ni el aspecto de la mancha de pus en los lienzos blancos, ni los caracteres que hemos asigna-

(1) Bellet. Contribution à l'étude du chancre aphteux de l'urètre. Thèse pour le Doctorat pag 36. Paris 1898.

do al pus blenorragico son parecidos. El dolor es tambien localizado al punto de implantacion de la ulcera venerea y aun en el caso de coexistir varias ulceraciones blandas en el canal, el dolor en la mision es muy poco agudo. Faltan las otras sintomas del sindrome blenorragico, y como generalmente estos chancros no son tratados, duran largo tiempo y dan lugar a esas adenitis supuradas (bubones) cuya causa parece misteriosa por no verse ningun chancre en el glande ni mucosa glande-prepucial ni haber tenido el enfermo ulceracion alguna visible.

Serpes del canal. Se diferencia de la blenorragia porque no hay dolor en la mision. Es fu-

gar y la secreción que produce se cura solo con limpieza uretral (inyecciones de agua boricada al 3 por 100.)

Si queremos, con mas calma, examinar las lesiones del herpes del canal recurriremos al endoscopio con el que podemos ver erosiones superficiales, generalmente múltiples, de contornos micro-policiólicos, que dejan salir por la presión pequeñas cantidades de serosidad clara. Estas ulceraciones o erosiones son muy móviles y fugaces.

Prostatitis del cuello. La prostatitis del cuello cervical puede confundirse con la uretritis posterior, y aquí el diagnostico diferencial es verdaderamente difícil.

La prostatitis puede ser primitiva y secundaria; la secundaria es la de origen blenorragico.

La prostatitis primitiva, se diferencia de la uretritis posterior principalmente por su comienzo brusco: el enfermo tiene un escalofrio violento y prolongado, seguidos de sudores profusos, sed viva, cefalalgia intensa y temperatura 38° , 39° o mas. Va pasando la prostatitis por diferentes fases, fase inflamatoria, fase de supuracion y fase de emigracion del pus.

En los casos de mediana intensidad, localizada la inflamacion al cuello vesical, disminuyendo el aparato sintomatológico anterior por la li-

mitada extensión y localización del proceso es cuando al establecerse supuraciones mas o menos abundantes, resultado de la rotura de abscesos prostaticos pequeños ^{en la} uretra es cuando puede haber confusión entre esta afección y la uretritis posterior.

Pero por una parte el haber existido primero uretritis aguda anterior, con todo su cortejo de síntomas antes que la uretritis posterior, y por otra el tacto rectal para palpar la próstata, nos aseguraran para establecer el diagnóstico de esta afección que como ya hemos dicho es muy difícil en algunos casos.

Cistitis del cuello. Lacistitis del cuello,

se caracteriza por la intensidad del tenesmo vesical, la frecuencia de las micciones y el dolor y hematuria terminales. No hay fenómenos generales.

Balanopostitis. En los individuos de glande inviolable la abundante secreción de una balanopostitis, puede ser el origen del error diagnóstico.

En la balanopostitis, además de no haber dolor uretral en la micción, comprimiendo superficialmente el prepucio hacia delante, sin que la presión influya en el canal de la uretra, se hace salir el pus al exterior, cosa que no sucede si se trata de una blenorragia. En muchos casos, separando con una pinza de disección el

borde libre prepuccial puede llegar a verse si el pus fluye o no del meato, combinando esta separación violenta con presiones retrógradas de la uretra. Esta manipulación, que siempre es efectiva en los reconocimientos de esta índole, requiere cierta práctica y habilidad manual.

Como es frecuente que existan las dos afecciones balanopostitis y uretritis, en un mismo individuo, debe procederse siempre con método investigando, primero la balanopostitis y después la blenorragia.

Chancro duro del surco o mucosa balanoprepuccial. Se diagnostica por palpación cuando se trata de individuos de glande

invisibles o fimosis. Por la palpación percíbese claramente la esclerosis de la base de implantación del chancre. No hay dolor uretral en la micción. Hay escozor en la micción de la superficie demandada del chancre. Aplíquese además aquí todo cuanto hemos dicho sobre la infección sífilítica al hacer el diagnóstico diferencial entre el chancre duro localizado o intrauretral y la uretritis específica gonocócica.

Chancre blando del surco o mucosa balano prepuccial. Puede darse como regla general que, en individuos fimosis, siempre que existen chancres blandos interiores los

hay tambien en el borde libre prepuccial.

Esta regla general ayudará mucho al diagnóstico; pero tengase en cuenta que la reciproca no es cierta, aunque si es la mas frecuente, es decir, que en individuos fimosicos son mas frecuentes los chancros blandos solo en el borde prepuccial y que de la existencia de estos no podemos colegir la existencia de los interiores o localizados en el surco o mucosa balanoprepuccial.

Con estos datos y teniendo en cuenta que no hay dolor uretral en la micción y si es con agudo al contacto de la orina con las ulceraciones venereas; que estas pueden acompañarse de

adenitis dolorosa, inflamatoria y aislada (bubón) y que por otra parte, faltan todos los demás trastornos peculiares de la uretritis, resultará fácil el diagnóstico diferencial.

8. Tratamiento. « Llegamos al punto mas desagradable para el práctico: el tratamiento.

Parece que, descubierta la causa del mal, debe ser descubierto inmediatamente el remedio.

Si embargo, la medicina está, como antes hemos dicho en plena época de predominancia, aunque predominantemente de buena fe.

Podemos decir al enfermo que su enfermedad ha cambiado de lugar y de nombre en los libros,

que ha conquistado en sitio preferente en el campo del microscopio, y que ha entrado de una vez para siempre en el terreno de las investigaciones positivas y bien encaminadas.

Pero debemos añadir que estos importantísimos adelantos no deben preocuparle por ahora en lo mas mínimo; que el farmacéutico no colabora todavía en este cambio; y que las recetas siguen y seguirán siendo las mismas, sabe Dios por cuanto tiempo.

Porque es lo cierto que el material de combate no ha sufrido modificación alguna á consecuencia del descubrimiento de los gérmenes.

Y no solo es lo cierto, sino que tambien es lo lógico.

El gonooco apenas ha hecho otra cosa que atravesar el círculo del microscopio, deteniéndose solamente lo preciso para que le reconocamos como unidad patogénica para que le asignemos esta importancia, y, por consecuencia, nos preocupemos con su estudio.

Pero nada más; ¿es tanto lo que aun tenemos que estudiarle!

Hay que distinguirlo de otras especies microscópicas, que provocan inflamaciones de la uretra, de grandísima semejanza con blenorragia producida por los gonococos.

Hay que estudiar sus cambios através de

las fases de la enfermedad.

Hay que avanzar lo posible en el estudio de la fisiología de este microbio.

Hay que estudiar por último, que elementos le son más necesarios y más favorables, entre los que forman la atmósfera anatómica que la uretra le ofrece, para emprender a deducir un plan racional, en el que tomen parte como elementos de exterminio, las incompatibilidades fisiológicas del microbio, sus odios de raza, sus enemistades naturales.

La extensión de este campo de estudios asombrará y haría desfallecer a hombres de menos

probada constancia que los que dentro y fuera de España se dedican a tan interesantes investigaciones.

El acaso, que en mas de una ocasión favoreció el descubrimiento de las mas recónditas verdades, puede facilitar la tarea y mostrarnos la característica del genovoco, tanto en su modo de vivir, como en su modo de desaparecer.

Pero si así no sucede, la investigación tendrá que recorrer todo el camino que acabamos de señalar, porque, a imitación de lo que los hombres hacen en sus relaciones de sociedad, el microbio nos contará de quien es hijo, como crece, como se

alimenta, como se reproduce, como se reúne con otros de su especie, y lo último que nos revelará es lo que pudiéramos llamar el mundo de sus afectos, el secreto de sus volúmenes (13)

El tratamiento de la blenorragia aguda, y mas todavía, el de la crónica, ha sido efectivamente la piedra filosofal de la especialidad.

Todos los medicamentos conocidos se han ensayado y ninguno ha dado hasta el presente el resultado apetecido; y ya es cosa sobria, cuando para una afección existen tantísimos remedios, es que ninguno sirve (en absoluto) pa-

na curarla.

Unase á esta deficiencia de la terapéutica la escasa importancia que dan los enfermos á su irritación, además de los desatinados y perniciosos tratamientos que se aconsejan y ponen en práctica por los profanos y no profanos, y nos damos exacta cuenta de la causa de tanta uretritis crónica y de tantos estrecheces uretrales que constituyen un baldón para la ciencia y para la especialidad. No hablemos del gran número de laparatomías, histerectomías y ovariectomías que se practican, cuya patología es ginecológica y que si es cierto que bajo un aspecto son heraldo del adelanto quirúrgico

moderno, consideradas tales operaciones como forzoso recurso a que nos vemos obligados por no haber podido combatir la infección blenorragica en su principio, son tristes mutilaciones que no honran tampoco a la medicina.

No caeré en la vulgaridad de decir, como otros muchos, que con la intervención metódica se obtienen excelentes resultados, que en esta enfermedad no se han obtenido todavía. Éxito alagüeno sería curarla con seguridad y sin complicaciones en un plazo breve y ya hemos repetido con Ricord, en páginas anteriores, que une chose de pisse commence Dieu sait

grand fimir.

Esto no obstante, nuestros conocimientos bacteriológicos actuales, bastante mas completos que cuando Rabala escribia sus lamentaciones, sobre la naturaleza infecciosa de la uretritis blenorragica y sobre la evolucion de su microbio productor, aclaran cada dia las indicaciones terapeuticas que los antiguos solo podian fundamentar en la observacion y comparacion de resultados. Además, entre tantisimos medicamentos de que disponemos, entre tantas medicaciones y tan variados y diversos métodos curativos, podemos escoger el menos malo, el que la

experiencia confirme aproximarse mas al ideal, que sea la medicación específica. Adelantando las ideas, diré que actualmente, el medicamento que mas se aproxima a este ideal, el casi específico de la blenorragia es el permanganato potásico, pero el permanganato potásico químicamente puro y disuelto en agua destilada, que si no se emplea en estas condiciones, como en realidad no tengo noticia de que nadie mas que nosotros le use, pierde su acción específica y es un remedio vulgar e incierto.

Dadas las tendencias modernas, en Alemania principalmente, y tambien en

Francia e' Inglaterra, de atacar la enfermedad vigorosamente desde su principio, adquiere gran importancia la que llamaremos intervencion alertiva, asi como el estudio de los diversos metodos encaminados a este objeto, perdiendose mas terreno cada dia el tratamiento clasico de la escuela de Lyon, representada por Nettel y Diday, ilustres sifiliografos del hospital de St' Antignaille. Este tratamiento clasico merceda de expectante y sintomatico, es pues solo una antiqualla que describiremos por ser completos, pero que no aconsejamos por tener indicacion solo en limitadi-

lo número de casos, además de ser un tratamiento muy largo y que suele casi siempre conducir la blenorragia a la cronicidad.

Estudiaremos, pues, sucesivamente, después de exponer la higiene del enfermo blenorragico, cuyos principios son aplicables con todas las medicaciones y métodos, los grandes tratamientos o medicaciones generales, dentro de cada uno de estos grupos, los principales métodos, exponiendo el que en nuestra modesta esfera podemos llamar propio; seguirá después el tratamiento especial de la uretritis blenorragica aguda en la mujer y en los niños, para terminar

capítulo con la técnica descripción y estudio crítico del numeroso arsenal de instrumentos y aparatos que para estas medicaciones pueden ser de utilidad.

Higiene del enfermo blenorragico.- Bebidas.- Se abstendrán en absoluto de las bebidas carbonicas (champagne, cerveza, sidra, agua de seltz, gaseosa etc) que son las mas perjudiciales, de las bebidas alcoholicas; del café y de thé.

En las comidas podrá beber vino, si acostumbra a beberlo, pero mezclado con bastante agua ligeramente alcalinizada, puese

Se ha observado que el uso accidental del vino, por ejemplo, por quien se hubiese privado de el en absoluto durante algún tiempo, es mucho mas recibo en la hemorragia, que el uso continuo de una dosis moderada de dicho líquido³⁰. (1)

Respecto del agua y demás bebidas acuosas, durante el día es mas bien útil el beber gran cantidad de bebidas insensibles, porque diluyen la orina y ésta lava perfectamente la uretra sin producir irritación alguna³². (2)

(1) Finger. La sífilis y las enfermedades venéreas. Madrid 1896, Pag 254.
 (2) Kopp. Manual de urología. Tratado de terapéutica especial de las enfermedades internas, por Neussoldt y Stintzing. Madrid 1898. Tomo 7º. Pag 24.

Al acertarse, se beberá poco, pues la repleción de la vejiga favorece las erecciones.

Las bebidas que mas convienen, son el agua, la leche, la horchata de almendras y en algún caso un vino tinto con mucho tanino (Pur-deos) con bastante agua.

Alimentos se evitarán las comidas muy condimentadas porque excitan los órganos genito-urinarios y porque los alimentos ácidos o con especias contienen principios irritantes que pasan a la orina. Asi mismo los pescados, las estroas, los cangrejos y langostinos, la caza, las trufas, los espia-

rragos y apio se proscribirán.

Se evitarán igualmente los alimentos que produzcan muchas heces fecales.

Nó se hará ninguna comida abundante poco antes de acostarse.

Se cuidará de que haya deposiciones regulares y cotidianas administrando algún purgante (cáscara sagrada, tamarindos, aceite de ricino etc) que no sea salino o por medio de enemas.

Reposo local. Continencia absoluta hasta la curación completa; evitese toda causa de excitación venérea; no acostar-

se en cama demasiado blanda o caliente para evitar las erecciones y las poluciones nocturnas.

Reposo general. Aunque rara vez es posible sujetar al enfermo a reposo absoluto en cama, ni es necesario, debe prohibírsele todo ejercicio corporal violento, como pasear a pie, correr, hacer gimnasia, montar a caballo, la esgrima, montar en bicicleta, como ejercicios activos; los viajes en coche y en ferrocarril, como ejercicios pasivos, y en general se proscribe todo ejercicio que produzca cansancio.

Suspensorio. El empleo del suspensorio es de absoluta necesidad en todo enfermo de blenorragia, pues es indudable que disminuye los riesgos de que se presente la orquitis o la epididimitis, pero hay que colocar bien este vendaje, pues la inmensa mayoría de los pacientes lo llevan de modo que no sirve absolutamente para nada. El suspensorio debe estar alto y suspender realmente los testículos; las cintas superiores deben fijar la línea del pliegue de la ingle, por cada lado, por que en cuanto bajan de esa línea

aproximándose a la horizontal, el suspensorio se baja y no llena su indicación; no debe comprimir y debe ser de número proporcionado al volumen escrotal.

» Siempre que no pueda practicarse el reposo absoluto en la cama, esto es en casi todos los casos, debe recomendarse el uso de un buen suspensorio, el que sin ejercer compresión alguna en los genitales externos ni obligarlos a una posición forzada, suprimirá la tracción que el testículo por su propio peso ejerce sobre el conducto deferente y mantendrá en reposo el testículo,

evitando así la commoción que tan sensible orga-
no sufriría de otra suerte, aun siendo
moderado el ejercicio corporal.

« Hay muchos modelos de suspensorios
que realizan perfectamente este fin; entre
ellos, me parece recomendable el de Kolh,
de Viena, por su sencillez, por la unifor-
midad de la tracción y compresión ejerci-
da por sus cintas muy elásticas, así como
por su universal adaptación a los indivi-
duos de muy diversa compleción.

También me parecen muy útiles los sus-
pensorios Ihle y Keiser.

Mejor es no llevar suspensorio que llevar uno mal adaptado; deben rechazarse en absoluto los que solo ejercen presión en un sentido y que carecen de correa femoral. Conviene que el saquito (bolsa) que ha de contener los testículos sea mas bien grande que pequeño; el espacio que queda libre, se rellenará de Algodón. En mi opinión es indudable que el uso del suspensorio puede evitar en muchos casos una de las complicaciones mas frecuentes de la blenorragia, la epididimitis y la inflamación del seminal.³³ (1).

Secciones Frecuentes. Con objeto de que el contacto del fust no escoria la mucosa balano prepu-
sial, y por limpieza, se harán lavados frecuen-
tes del glande y prepucio. Estos lavados pueden
hacerse con agua hervida y jabón ó con solucio-
nes antisépticas débiles (agua boricada al 2 p%,
solución de sublimado al 1 por 5000 etc.) Las
inyecciones uretrales con este mismo objeto
son inútiles y casi siempre dolorosas.

Precauciones con los ojos. Lavarse cuidadosamente las manos después de las curas y siempre que se toquen los genitales. Evitar todo contacto de las manos con el aparato de la

vision, pues el peligro de estos consejos y prescripciones puede traer la oftalmia blenorragica, tan terrible, que puede producir la ceguera en veinticuatro horas.

Estas son las lineas generales del regimen higienico-dietetico que debe guardar el blenorragico, pero tengase presente que estos preceptos no son aplicables con rigidez inflexible a todos los casos. En individuos debilitados y de pauperes será necesario atender a su estado general, con una alimentacion reparadora, y hasta podrá permitirse el uso del alcohol y estará dia de el ejercicio al aire libre. En individuos

fuertes y vigorosos, en cambio, será de utilidad una media dieta alimenticia.

Respecto del tabaco, no hemos dicho nada, de intento, en la lista de preceptos porque aunque ha habido autores como Dumstead Shipley que consideren el fumar como perjudicial en la blenorragia, nosotros creemos que ésta costumbre no tiene influencia alguna en la enfermedad ^{de} que se trata.

Medicaciones. Destácanse en el tratamiento de la uretritis aguda dos grandes medicaciones en cuyas amplias llaves pueden agruparse todos los tratamientos conocidos:

-189-

la medicación sintomática y la medicación
patogénica.

1.ª Medicación sintomática

La medicación sintomática, que es la terapéutica naturista y sintomática juntas de Benckhard, constituye el tratamiento clásico y tiene por fundamento, en la actualidad, no combatir el germen desde el principio de la infección, sino aguardar a que el microbio pierda su vitalidad por agotamiento del terreno, y mientras esto sucede, combatir la inflamación, el dolor y los otros síntomas mas molestos con los emolientes y antiflogísticos. Agotado el terreno, aprovecharse de la debilidad del enemigo para conducir a exterminarle aplicando entonces

los medios supresivos internos y externos.
Estos medios terapéuticos, que se emplean metódica y sucesivamente en cada período de la uretritis blenorragica aguda van todos encaminados a curar la enfermedad eliminando síntomas: los medios antiflogísticos, que son los que primero entran en acción, combaten con la inflamación, el dolor, la hinchazón, las erecciones, la excesiva purulencia, cuando ya no hay inflamación aguda, el pus es amarillo y forma hilo de un centímetro de largo estirado entre el pulgar y el índice, están indicados los

medios supresivos para eliminar por completo el pus, último síntoma que queda; y por fin, si en ocho ó quince días no han dado resultado los internos, recurriremos á los medios supresivos locales, último baluarte desde el que, ó venceremos ó podremos defendernos malamente muchos meses, si el enfermo no se cansa antes y va en busca de otro médico.

Queda pues justificado el título de medicación sintomática que doy á este clásico modo de tratar la uretritis blenorragica aguda.

Crítica. esta medicación seduce á primera vista, es hasta racional. si se quiere y por esto es

la usada por todos los médicos de poca práctica en estos asuntos y que no cultivan especialmente la venerología. Pero si nos atenemos a los resultados de esta medicación y aquilatamos con imparcialidad sus ventajas y sus inconvenientes, en seguida nos llama la atención lo largo del tratamiento y lo inseguro del éxito curativo.

Además ocurre con muchísima frecuencia que después de transcurrido el mes, que según Fournier debe durar el tratamiento antiflogístico, usamos los medios supresivos internos sin resultado; pasamos a los medios locales, a los astringentes, a los alicadores, a los antisépticos y nada,

a metritis sigue en período de declinación, es cierto, pero sigue sin curarse por tiempo indefinido, para después de una medicación muy metódica, muy racional, muy clásica y todo lo que se quiera, de diez o más meses de duración, pasar al estado crónico. Como se ve, las objeciones a esta medicación son dignas de tenerse en cuenta y se refieren principalmente a la excesiva duración del tratamiento, en el caso afortunado de que se consiga la curación, y a la inseguridad del éxito curativo final. Indudablemente, un tratamiento respectante, es decir, limitado exclusivamente al cumplimiento de los preceptos higiénicos y diet-

ticos ¿podría dar los mismos resultados? ¿Los daría mejores? No puedo contestar a esta pregunta.

La Langlebert (1) sabio sifiliógrafo francés decía, hace mas de treinta años, que era adversario declarado de esta medicación antiflogística, no faltándole argumentos de peso para justificar su opinión como puede verse en el párrafo que trascribo.

» El quinos autores - decía Langlebert - prescriben todavía al principio de la uretritis, el tratamiento antiflogístico: baños calientes, repetidos y prolongados bebidas diluyentes

de grandes dosis, inyecciones, fomentos, emolientes etc. Cullerier, entre otros, ha ponderado mucho este tratamiento. Siento estar en este asunto en completo desacuerdo con la opinión de mi sabio colega. Creo por el contrario, que los emolientes, bajo cualquier forma, las tiranas de lino, de cebada y de grama, los baños templados, etc, son aquí mas bien perjudiciales que útiles.

La primera condición para curar un órgano enfermo es el reposo de este órgano, Es así que las bebidas mucilaginosas y diuréticas, imponiendo a la uretra un exceso de trabajo

con las incessantes emisiones de orina, lo que hacen es fatigar la mucosa y por lo mismo aumentar la inflamación, localizada en ella. Mas aún, esta necesidad de orinar con frecuencia irrita el cuello de la vejiga, y provoca de este modo su inflamación, que limitada al principio a la parte anterior del canal, se extiende a las partes profundas.

Hacemos pues primeramente aumento del elemento inflamatorio; en segundo lugar propagación rápida del mal a las regiones posteriores de la uretra, tal es el doble y desastroso resultado del empleo de las bebidas diuréticas al principio

de la uretritis aguda. La teoría y la observación y la observación clínica están de acuerdo en este punto para confirmar estos hechos.

Tengo la evidencia de que si durante el curso de una uretritis aguda, fuese posible desviar la orina de su vía natural y sustraer de este modo la mucosa de su contacto irritante la blenorragia curaría mucho mas pronto. El tratamiento diurético, por el contrario, prolonga la duración de este contacto.

Un hecho de observación muy curioso es que la mayor parte de las sustancias medicamentosas que actúan sobre la piel como cremantes,

como antiflogísticas, con irritantes para las mucosas, verdaderamente flogísticas. Si por ejemplo, un flemon puede ser detenido en su marcha con las cataplasmas, los baños, los fomentos emolientes, una conjuntivitis aguda duplicará su intensidad tratada con semejantes medios. Los colirios emolientes y macilaginosos aumentarán la inflamación, mientras que aminorado será el empleo de algunas instilaciones astringentes de un colirio de sulfato de zinc, ^{o mejor de NO_3Ag} para triunfar rápidamente de la enfermedad. Una balanopostitis podrá durar muchos meses si para combatirla se emplean cuerpos grasos o tópicos más o me

-190-

abundantes, mientras que puede curar en algunos días con una solución ligeramente caústica de nitrato argentino.

Algunas enfermedades de la garganta desaparecen casi subitamente bajo la influencia de algunos gargarismos de alumbre, en tanto que una medicación emoliente, podría hacer aumentar su violencia y perpetuar su duración.

Por otra parte, sabiendo que la uretritis blenorragica aguda es una infección, local en su principio; pero susceptible de generalizarse a poco que dure el proceso, lo que conviene es abreviar en lo posible la enfermedad local, pra-

a evitar su generalización siempre grave.
Y aún prescindiendo de esta consideración tan importante, solo por aliviar la urtitis, solo por aminorar la probabilidad de complicaciones locales debemos procurar su pronta curación. ¿No tratamos de curarla enseguida que podemos? ¿Porque ha de tener, pues, tan triste privilegio la mucosa urticae?

Con la medicación sintomática resulta por lo menos, que dejamos correr la purgación quince o veinte días (Guillard) cuando no un mes (Journier), sin que moletemos al gonococo en lo más mínimo, precisamente cuando mayor es su virulencia y poder difusivo.

Esto no es científico, es encubierta continuación de las ridículas doctrinas humorales, disfrazadas con ropaje moderno, al decir que en los días de inacción se espera el agotamiento del tóxico.

Como ventajas de la medicación de que tratamos, dire que son principalmente subjetivas para el enfermo; positivas en los primeros días de enfermedad, por que eso sí, es indudable que este tratamiento ya que no curativo, es paliativo siempre, y evita, por tanto, al paciente muchísimos dolores, y tal vez, determinadas complicaciones.

Atendiendo solo a estas circunstancias

atenúantes, ya que hay casos especiales en que está indicado su empleo con preferencia á otros tratamientos, como sucede en individuos de mala conformación genital; cuando el proceso hemorrágico presentase con demasiada intensidad flogmática ó hay excesiva susceptibilidad urétral; en sujetos que tienen una especial predisposición á que se recuerden con antiguas epididimitis; además de su importancia histórica, es por lo que lo expendremos con todo detalle.

Medios antiflogísticos.

Estos medios pueden aplicarse en todas las fases del período agudo. Los principales son:

Berrios. Tómese todos los días, si es posible

un baño general caliente de tres cuartos de hora o una hora de duración, pero mejor baños de asiento y baños locales como aconseja Guarrón de Mendocina (1).
 Esencias bicarbonatadas. Guillard aconseja que se beba un vaso de agua cada tres o cuatro horas, en la que se haya disuelto un gramo de bicarbonato sódico.

Balcer prescribe a sus enfermos un vaso de agua de limón en que se disuelve una o a cucharadas pequeñas, por litro del polvo no caliente.

(1) Loc. cit pag: 25

(1) Maxacole. Atlas mammel de la do
 Liphitis et des maladies venériennes.
 4^e 1900 pag 246.
 Dollet. Traité de maladies vénériennes Par
 pag 274.

Bicarbonato de sosa 40 gramos
 Acido benzoico 1
 Azucar candi 60
 Esencia de menta X gotas.

Pulverizese y Me. Para tomar un cucharada pequeña en cada vaso de agua (Sanz Ben).

Tisanas modificadoras. Transcurridos algunos días prescriben ventajosamente a los enfermos, según los consejos de Fournier, las tisanas ligeramente modificadoras, tal como la tisana de yemas de abeto.

Cantidad de bebidas. Puede beberse hasta la trece y medio de las anteriores tisanas, siempre

Suera de las comidas, Gournier, Guicard y Buller-ries son partidarios de las bebidas abundantes, creyendo que todavía no existe un medio mejor para disminuir el dolor en las micciones y para diluir la orina.

Si apesar de estas bebidas abundantes, todavía hubiere dolor, puede seguirse el consejo de Gournier, que consiste en hacer orinar al enfermo teniendo el pene sumergido en un vaso de agua muy fría.

Emissiones sanguíneas locales.

En los casos de uretritis blenorragica sobraguada, y cuando la micción y las erecciones

son en extremo dolorosas, pueden utilizarse las emisiones sanguíneas locales.

Con este objeto se aplicarán de quince a veinte y cinco sanguijuelas en la región perineal, nunca en el pene.

Medios de combatir las erecciones. Desde el principio de la enfermedad, debense tomar las primeras precauciones contra esta excitación dolorosa, adoptando un régimen severo, prescribiendo los baños y las bebidas emolientes. En la cama guardará el paciente de cúbito lateral mejor que el supino, siendo la cama dura y con poco abrigo.

si estas medidas no fueran suficientes, estaran indicadas las lociones frias del miembro, que tambien puede envolverse en compresas mojadas para prolongar la accion sedante del agua. En muchos casos habia que recurrir a medios farmacologicos especiales, que podran ensayarse, aunque no podemos tener gran confianza en ellos por no existir ninguno verdaderamente eficaz. Los preparativos del lupulino, hidrato de cloral, alcanfor, bromuro potasico, belladona, opio, y algunas inyecciones o pequeños lavados uretrales son los mas usados.

Escribiémos las mejores fórmulas

Bromuro potásico 10 á 15.00 gramos

Lupulino

Alcanfor } aa 0,50 á 1,50

Me. y dividare en diez sellos iguales para tomar uno ó dos por la tarde.

(Díger.)

Bromuro potásico

Bromuro sódico } aa 5 gramos

Bromuro de amonio

Me. y dividare en diez sellos iguales para tomar 1 ó 2 al acostarse. (Portillo.)

Antipirina 5 gramos

Extracto tabaco en polvo 10 centigramos.

M. y Dividase en diez pellos iguales para tomar
10. 2 al acostarse. (Guarac.)

Hidrato de cloral 2 gramos

Jarabe de frambuesa 40 . .

Agua destilada 60. . .

D. y M. para tomar en dos dosis por la noche
(Rupp.)

Extracto belladona 1 gramo

Manteca de cacao C. S.

H. S. a. cinco repuntorios. Apliquese uno al
tiempo de acostarse (Diday)

Clorhidrato de cocaína 1 gramo.

Agua de rosas 100.

D. para inyecciones uretrales. (P. Vigier)

Agua caliente 50 gramos.

Antipirina 1 a 2

Laudano de Aylentoms 15 a 2 gotas.

D. para pequeños lavados uretrales. (Guiana)

La inyección hipodérmica de morfina no tiene mas inconveniente que necesitar la intervención del médico.

Como las erecciones pueden ser producidas principalmente por el obstáculo que ofrece a la circulación de retorno

pone, la distension de la vejiga, tengase muy en cuenta para evitarlas los preceptos higienico-dieteticos respecto a las bebidas.

Dado caso que tengamos que emplear medicamentos farmacológicos, se procurará prescribir, los narcóticos de preferencia. Si los anafrodisíacos, entre los primeros, preferiremos los no opiáceos que no producen estreñimiento.

Evítense sobre todo las intervenciones violentas brutales, que sobre ser expuestas a agravar la hemorragia, da lugar mas tarde a estreñimientos urétrales e intrinsecas de muy difícil curación.

Medios preventivos. Entre medios solo deben emplearse cuando los antiflogísticos han dado lugar a todo el resultado que pueden

dar, y esta cuestión de oportunidad tiene una importancia capital para el éxito. (1)

Pueden ser internos y externos o locales.

Se aplicarán cuando hayan desaparecido los fenómenos inflamatorios, es decir;

1º. Cuando no haya dolor en la micción.

2º. Cuando no haya erecciones dolorosas.

3º. Cuando el dolor y el volumen de los labios del meato urinario sea normal.

4º. Cuando el pus deja de ser verdoso, para tomar un color amarillo o amarillento.

5º. Cuando el pus es menos abundante,

(1) Monacok. Atlas mammel de la syphilis et des maladies veneriennes. Paris. 1900. Pag. 941.

mas fluido y forma hilo.

Supresivos internos. entre la in-
finidad de agentes farmacolo-
gicos que se han propuesto como su-
presivos internos, no mereceran su
atención mas que los balsamicos.

Los balsamicos tienen la propie-
dad de que ingeridos, suprimen las se-
creciones patologicas de la uretra.

Su acción terapeutica se ejer-
cita al ponerse en contacto la or-
ina, cargada de sales putre-

sicas y sódicas solubles de ciertos ácidos resinosos⁻²¹
(ácido abietínico), con la mucosa lesionada.

Entre estos medicamentos, los mas usados ~~actual~~
mente son: la copaiba, la cubeba y el sándalo.

Su acción terapéutica antiblenorrágica
es conocida desde muy antiguo, pues la copaiba se usa
desde 1804, la cubeba desde 1816 y el sándalo que
fue importado á Holanda por Rumphuis, aun
que desechado primero, fue su uso rehabilitado de
pués por Henderson en 1815.

Materia Medida.- Copaiba.

La copaiba, designada frecuentemente sin razon
el nombre de bálsamo de copaiba es un jugo óleo-re-
sinoso, que procede de incisiones ^{hechas} sobre el tronco de

varios árboles de la familia de las leguminosas¹⁵-salpíneas y del género copaífera (*Copaífera officinalis*, *C. guyanensis*, *coriácea*, etc.) árboles del Brasil, de Colombia de la Guayana. Se presenta bajo el aspecto de un líquido muy espeso, muy viscoso, ligeramente moreno, de un olor fuerte, especial, de sabor acre y amargo; es soluble en el alcohol y en el éter.

Se compone: 1º de 30 a 50 por 100 de un aceite esencial, incoloro y transparente, isómero con la esencia de trementina; 2º de 35 a 30 por 100 de ácido copaibico, resina cristallizable amarilla que forma sales con las bases: 3º 1 a 2 por 100 de una resina viscosa, indiferente. Sus disolventes son

los mismos que los de la copaiba. (1)

Cubeba. La cubeba ó pimienta cubeba es el fruto desecado del *Piper cubeba* *in officinale* (*Piperáceas*), arbusto sarmentoso y trepador, originario de Java. Contiene cuando es fresca: 1º de 6 a 15 p de un aceite esencial, polimero de la esencia de trementina, que le da su olor y sabor: 2º una resina que se considera como la parte activa, constituida por el ácido cubébico y un principio indifferente: 3º el cubebino, principio cristalisable, insi-

(1) Manquat - Tratado elemental de Terapéutica, materia inódica y farmacología. Tomo 2º pag. 813 (Version española de Blaud y Masip) Barcelona 1894.

pido, poco soluble en éter, alcohol y aceites fijos,⁻²
insoluble en la esencia de kementina (1)

Sándalo. El sándalo citrino o sándalo
amarillo, *Santalum album* (Santaláceas), es un
árbol bastante semejante al nogal, que crece en
la India inglesa, las islas de la Oceanía las
Molucas etc.

La madera de color amarillo leonado
exhala un olor, suave, que se hace mas pronunciado
cuando se la moja y sobre todo cuando se le quema;
participa a la vez del olor de la rosa del al-
miracle y del limón.

(1) ... loc. cit. pag. 818

Se extrae de la madera por destilación una¹⁸ esencia amarilla clara, cuyas ~~propiedades~~ antible-
norrágicas eran conocidas desde hacia mas de un
siglo, cuando Handersen, Berkeley-Hill, Pana-
Durand, etc. las estudiaron de nuevo (1863).
Desgraciadamente esta esencia es frecuentemente
falsificada.

El sándalo rojo *Pterocarpus santalinus*
(Leguminosae) no es empleado en medicina (1)

Dosis. Las dosis medias activas son:

Para la capaiba de 6 gramos por día.
" la cubeba. de 6 a 20 gramos.
" el sándalo. de 6 gramos.

(1) Manquat. - loc. cit pag. 820

Esta dosis cotidiana se toma en tres veces, -2
quince minutos antes de la comida (Maracek).

Otros autores, y ésta también es nuestra opinión, aconsejan que se administren los balsámicos inmediatamente después de cada una de las tres comidas, por ser entonces, que está el estómago repleto, cuando mejor se toleran.

Las dosis excesivas producen intolerancia y diarrea. Si se aumenta la dosis 10 ó 15 gramos, además de estos trastornos, se observa dolor de riñones, vómitos dispepsia y gastralgia, ligera albuminuria y priapismo. Muy rara vez hematuria.

De estos tres balsámicos la pimienta cubebá y el sándalo se toleran mejor que la copaiba; el sándalo determina con mas frecuencia los dolores renales (neuralgia del sándalo); la copaiba produce una predilección exantemas de absorción que son característicos.

Modos de administrar los balsámicos. — Los balsámicos pueden combinarse entre si ó con otros medicamentos y ser administrados bajo diferentes formas: en sustancia, en poción, en píldoras, en sellos, en cápsulas, etc.

Ejemplos:

-221

Bicarbonato de sosa 5 gramos

Cubeba en polvo -100 "

M. y dividase en 30 papeles iguales para tomar
has tres al dia.

Cubeba en polvo 50 gramos.

Dividase en 10 sellos iguales. Para tomar has-
ta tres al dia.

Copaiba	} a 5 gramos
Cubeba en polvo.....	
Sándalo citrino	
Magnesia calcinada..	

M. y h. una pasta pulverisable.

Dividase en 15 sellos iguales. Para tomar²²
cuatro ó cinco al dia.

Bálsamo de copaiba.....	} a 60 gram
Alcohol rectificado.....	
Jarabe de Folii.....	
Agua destilada de menta....	
Agua de Flor de naranja....	
Alcohol nítrico.....	c. s.

M. para tomar de 3 a 6 cucharadas grandes al
dia (Mistura de Chopart)

Copaiba.....	} a 80
Jarabe de adormideras.....	
Jarabe de Folii.....	
Agua destilada de menta.....	60
Agua destilada de flor de naranja..	10
Goma arábiga en polvo.....	c. s.

M. y h. emulsión ~~de~~ 3 cucharadas al día (Mistura de Ricord)

Cubeba 10 gmos.
Copaiba 3 "
Jarabe de brea . . . cs.

M. y h. electuario. Para tomar en tres dosis durante el día.

Cubeba en polvo . . . 80 gramos
Copaiba 40
Esencia de menta . . X gotas

M. y h. opiata. Para tomar en tres dosis envuelta en obleas

Copaiba pura }
Erementina de Venecia . . } a a 25 gm.
Cubeba pulverizada . . . 50 -

Incorpórese al baño de Maria y h. s. á 100
pildoras gelatinosas.

Para tomar 10 al dia

Copaiba.....	10 gramos
Cubeba pulverizada..	15 —
Jarabe de Eali.....	c. s.

M. y h. s. a. 30 cápsulas iguales. Para tomar
5 por la mañana y 5 por la tarde

Bálsamo de copaiba rectificado X á XV gotas.

Para una cápsula gelatinosa: 3 cápsulas diarias

He recopilado este pequeño formulario, de propio
intento, para hacer ver la variedad de formas, que
el práctico puede dar á los balsámicos, en la segu

2.
ridad que. cualquier prescripción que emplee será superior á las especialidades capsuladas que se expenden en el comercio. ^{(santal, azeite, etc.),} Es lastima que vaya perdiéndose la costumbre de recetar, y que sea substituida la fórmula magistral por el específico. Esto no sale ganancioso ni el enfermo ni el prestigio profesional; el enfermo, porque en vez de tomar copaiba ó sándalo toma otras drogas que imitan estos productos ó que solo contienen de ellos la suficiente cantidad para dar el olor ó sabor característicos; el prestigio profesional, porque pierde bastante siempre que deja de formularse un me-

dicamento para recetar un específico, pues el ⁻²²
vulgo achaca à ignorancia nuestra, lo que tal
es solo perera intelectual ó afán de recetar el úl
mo preparado que le pregona.

Hago esta digresión refiriéndome
principalmente à las cápsulas de sándalo, capé
eti. de uso tan general y de las que existen tan
tos autores y tantas variedades.

Lo mejor es no usar ninguna;
formular en cada caso lo más conveniente.

Indicaciones y contradicciones.

1º Los balsámicos no dan resultado como me

dicamento abortivo de la uretritis blenorragica ⁻²⁻
aguda.

2º Los balsámicos tampoco dan resultado en la blenorrea (gota militar)

3º Igualmente, no dan resultados contra los fenómenos inflamatorios internos, y

4º Están indicados y dan excelente resultado cuando los síntomas inflamatorios han desaparecido.

1º Si administramos los balsámicos á grandes dosis desde el comienzo de la uretritis aguda llegase á suprimir la supuración rápidamente si bien es verdad que el meato sigue enrojecido y húmedo. Modificase la uretritis, y aparece sin periodo agudo, decapitada, pero no solo no llega á

curarse sino que después de esta medicación ⁻²²intempestiva la uretritis es refractaria á todo tratamiento por largo espacio de tiempo.

2.º La ineficacia de los balsámicos en la gota militar está completamente demostrado. Por una parte dan fé de esta aserción los mismos enfermos que la padecen, y que por sí y ante sí todos casi sin excepcion, recurren inútilmente antes de ponerse en cura; y por otra, lo confirma tambien adí las experiencias personales de los especialistas.

3.º Igualmente, los balsámicos no dan ningun resultado contra los fenómenos inflamatorios

intensos. El empleo de los balsámicos ha llegado ya a el abuso; los enfermos los toman a su antojo en cualquier periodo de la blenorragia y no es esto lo peor, con serlo tanto, sino que hasta los médicos los prescriben sin tino y sin tener en cuenta para nada el estado del proceso uretral y las indicaciones, tan claras y terminantes, que tiene el empleo de estos agentes.

A los farmacéuticos alcanzan en primer lugar la culpa del bochornoso engaño a que son víctimas los enfermos blenorragícos. En

los prospectos y anuncios de todas las cápsulas balsámicas vereis que se ofrece siempre la curación de toda clase de flujos uretrales, cistitis etc., no se precisan las indicaciones, no se indica el momento oportuno en el que, exclusivamente, por tener utilidad, pues si esto se hiciese, claro está los resultados serian mas uniformes y mejores para el paciente, pero por de pronto disminuiria la venta y mermaria el negocio. Por otra parte, nunca he llegado á averiguar donde han es

Estudiado los farmacéuticos la patología médica, m
quien les ha enseñado las indicaciones que pue
den tener las especialidades farmacéuticas que
confeccionan, anuncian y venden.

Suele ocurrir lo siguiente:

Así que un enfermo ve que lo está de bien
rragia decide curarse por si mismo, pues tan
poca cosa no vale la pena de consultar con ni
gun especialista, y decide tomar el sándalo ó
quier otro balsámico capsulado, extranjero me

por que del país, pues lo que el dice, cuando aquellos son mas caros, será que son mejores. Veamos lo que ocurre. Al principio el resultado es excelente; la hemorragia casi se ha cortado del todo y cada dia va mejor, transcuridos quince ó veinte dias, el enfermo no observa mas que alguna que otra gota de pus, durante las veinticuatro horas en el algodón que coloca sobre el meato; mas tarde ya no se observa ni esto y si tan solo una ligera humedad en el meato durante el dia y

una gota de pus amarillo al levantarse de la cama. Considerándose curado suspende el empleo de los balsámicos. Entonces la debacle es completa; aparece de nuevo una supuración bastante abundante y nada se ha conseguido. La supresión no ha sido mas que momentánea.

No desmaya el enfermo por este primer fracaso, antes al contrario vuelve con mas ardor al uso de los balsámicos, pero cambiando de medicamento, es decir, cambiando de autor, pues el

medicamento suele ser idéntico, y se repite el fracaso; recurre entonces desesperado y aburrido á las inyecciones, á los lavados etc. Ésta es la historia del 80 por 100 de los blenorragicos y esta es etiología de la gota militar, ~~que~~ en último análisis no es mas que una blenorragia modificada, y modificada por el empleo prematuro y obstinado de los balsámicos.

Está, pues, formalmente contraindicado el intentar cortar prematuramente una

uretritis blenorragica aguda con los balsámicos.

4.º Los balsámicos tienen, por el contrario, una acción muy eficaz, cuando se administran en el momento oportuno y se saben administrar, es decir, cuando se dan después del estado inflamatorio de la blenorragia y del modo que indicaremos.

Existiendo pues indicaciones y decididos a cortar una uretritis blenorragica aguda:

¿Que balsámico escogeremos? Para esto

tendremos muy en cuenta los antecedentes del enfermo y de una especial susceptibilidad para tal ó cual medicamento. En general es preferible emplear las cápsulas de copaiba y cubeba, cuya fórmula queda ya consignada y que es un buen preparado.

¿ Porqué dosis se empezará? Se comenzará por grandes dosis: 13 gramos por ejemplo, en 13 capnitas al día. Se fraccionará

la dosis total en tres tomas, para evitar la intolerancia gástrica.

¿ Durante cuanto tiempo se administrarán los balsámicos? Esta medicación se usará durante diez ó doce días. Si se suspende antes, reaparece el flujo. Es conveniente también en continuar tomando los balsámicos algunos días después de suprimido el flujo, no cesando bruscamente su administración, sino disminuyéndola

gradualmente la dosis (una cápsula menos cada día).
El flujo se suprime al tercer día, ó a los diez ó doce.

Durante el tratamiento se procurará ingerir la menor cantidad posible de bebidas.

Por último no nos cansaremos de recomendar á los enfermos y á los prácticos que no se obstinen en el tratamiento de los balsámicos si no da resultados definitivos. Deben curar por completo en diez ó doce días, pues se ha observado

que los balsámicos ó curan a los tres dias de su administración, ó gradualmente en diez ó doce dias, ó no curan.

Si el flujo, aunque solo sea de dos ó tres gotas, persiste al cabo de estos diez ó doce dias, la partida se ha perdido y estas gotas no desapareceran con su empleo. Hay que batirse en retirada; emplear de nuevo los anti-flogísticos y esperar durante ocho ó quince dias la desaparicion de los fenómenos infla-

matorios, si los hay: o recurrir a los supresivos externos. Etermizar los balsámicos es etermizar la blenorragia (Fournier)

Los balsámicos son pues, como supresivos internos, excelentes medicamentos durante un cierto tiempo, pero su empleo indefinido es inútil y perjudicial.

Supresivos externos. Los medios supresivos externos son las inyecciones. Llegamos con ellas a la última etapa del calvario que

supone para el enfermo seguir estrictamente el plan que constituye la medicación sintomática ó tratamiento clásico: primero los antiflogísticos, despues los balsámicos, ahora las inyecciones.

Los defensores de esta medicación dejan para lo último las inyecciones, porque suponen que empleadas al principio de la uretritis específica aguda son capaces de

agudizar aún mas el proceso.

Viene con esto cosa análoga a lo que sucede en la sífilis con el mercurio, que el vulgo achaca al medicamento lo que es propio y sintomático de la infección sífilítica.

Claro está que si las inyecciones se dan mal; si se inyecta en la uretra gran cantidad de líquido, y por añadidura, no tiene el paciente la precaución de orinar antes de darse la inyección; no debe extrañarnos que sobrevengan complicaciones o por lo menos que se vacorbe la

la inflamacion del mismo modo, que con ser el mercurio tan heroico, especifico de la sífilis, se lo administramos sin tino, produciense graves estomatitis y hasta la caquexia mercurial toxica y la muerte.

Se acusa a las inyecciones, hechas de delante atrás, de propagar la blenorragia a la uretra posterior y originar alli las complicaciones. Se dice que al penetrar el liquido en la uretra va arrastrando el pus especifico y llevándole de la porcion afecta a la sana, de la uretra anterior a la posterior. Mas estas acusaciones no tienen fundamento real

si se practican las inyecciones como se deben practicar. Una prueba de ello es que la orquitis, ~~la complicación~~ la complicación mas frecuente, según las estadísticas de Le Fort, de 479 enfermos que la padecían 142 habían hecho uso de inyecciones, y los restantes, 337 no se habían inyectado de jamás.

Por otra parte, no se crea que siempre que diagnosticamos uretritis blenorragica aguda anterior está invadida realmente toda esta porción en su longitud anatómica, sino que es muy frecuente que el proceso afecte solo a la fosa navicular y sus inmediaciones,

Si así que la capacidad de las goringuillas ure-
 trales corrientes es de 8 a 10 centímetros cúbicos,
 igual volumen que toda la uretra anterior,
 para que se comprenda que en estos casos será
 suficiente inyectar tan solo el contenido de media
 goringuilla. Por el contrario, si queremos actuar so-
 bre las dos porciones uretrales, la anterior y la poste-
 rior, hay que introducir 12, 15 y hasta 17 centímetros
 cúbicos de líquido (Guionel), es decir cauto el con-
 tenido de dos goringuillas. Compruében aquí una
 vez más cuán importante es para que el tra-
 tamiento tenga alguna probabilidad de éxito,
 el diagnosticar con precisión, fijándose minuciosamente

mente, en todos los detalles, en todos los síntomas.

También se acusa á las inyecciones de producir estrecheces uretrales, acusación completamente falsa que no perderemos el tiempo en combatir. La causa que domina la etiología de las estrecheces orgánicas son las blenorragias repetidas, y así como son necesarias dos ó tres ataques de reumatismo poliarticular agudo para producir lesiones valvulares en el corazón, son precisas aquí cuatro ó cinco blenorragias de larga duración, para determinar la estrechez uretral.

Para obtener, pues, todo efecto útil de las inyecciones salvando los peligros mas ó menos

positivos de su uso, el especialista debe enseñar al enfermo que para darse las inyecciones uretrales, debe guardar las siguientes reglas:

1.º Orinar inmediatamente antes de darse las inyecciones.

2.º No introducir en la uretra mas que media jeringuilla del liquido prescrito, si el proceso esta limitado a la fosa navicular o llega hasta media uretra anterior; una jeringuilla entera si ha invadido toda la uretra anterior; y jeringuilla y media o dos jeringuillas si las uretras anterior y posterior estan afectas.

3.º Impulsar el liquido despacio y sin sacu-

das, para que penetre en la uretra gradualmente,

1.^a Retener la solución medicinal inyectada durante el tiempo que prescriba el profesor, sin hacer presiones retrógradas en el miembro, ni mas maniobras que mantener ocluidos los labios del meato urinario.

La práctica recomendada por algunos de sujetar fuertemente el miembro, ya con la mano o con una ligadura, por el punto hasta que desecamos llegue solamente el líquido inyectado, puede ser nociva y no la recomendamos.

"Cuestión importante es la de saber por a

Siempre es preciso continuar las inyecciones, en general, hasta que hayan desaparecido todos los filamentos blenorragícos. Si la uretritis, sobre todo en su período terminal, es por largo tiempo refractoria a las inyecciones, se interrumpe y se pasa a dar los balsámicos al interior.

No es raro que las inyecciones obtengan mejor resultado después de un tiempo de descanso. Es una falta el continuarlas por demasiado tiempo; inflaman la uretra y la ponen en un estado de irritación que

130

Se debe regregar un líquido transparente como el agua, el cual cubriere entre si los labios del meato urinario por la mañana y no cesa sino despues de suspender las inyecciones. Cuando han desaparecido los filamentos blenorragicos, dejan de darse las inyecciones y se tiene al enfermo en observación rigurosa y sin tratamiento durante unos quince dias; solo al cabo de ese tiempo se le permite recobrar poco a poco y progresivamente su genero de vida habitual. (1)

(1) Finger. La sífilis y las enfermedades venéreas. Versión Española de Luis Madec. Madrid 1896.

Concretándose por ahora a la reunión-
ta exposición de los supresivos externos
como parte de la medicación sinto-
mática, tal como modernamente se en-
tiende, dire que hay dos clases de líqui-
dos o inyectar, de propiedades terapéu-
ticas diferentes; los astringentes y los anti-
sépticos.

Astringentes. - Entre los cuerpos que con-
stituyen este grupo, son los principales; el sulfato
de zinc (del 0,50 al 1 por 100), el sulfato ferro
el sulfato cúprico, el tannino, el sulfato alumin
potásico (todos al 1. por 100 y el acetato de plomo al

6/6 y otros

En Francia son populares la inyección de Bicordyl llamada de los tres sulfatos, que Prescribiremos:

Sulfato de zinc 1 gramo
acetato de plomo. 2 gramos

Lacidamo de Lydenham }
Tintura de catechu } a a 200.
Agua destilada. }

D.

(Hospital du Nord)

Sulfato de zinc. - - - - - }
Sulfato de cobre - - - - - } a a 50 centigramas
Sulfato de hierro - - - - - }
agua destilada. - - - - - } 150 a 200 gramos
D.

252.

Una fórmula que me ha dado muy buenos resultados es la siguiente, usada en el Hospital de San Juan de Dios.

Sulfato aluminico potasio — 60 centigramos
Sulfato de zinc ————— 20 centigramos
Agua destilada. — — — 120 gramos

M.º y d.º

De estas inyecciones astringentes, conviene en tres o 4 al día reteniéndolos cinco minutos.

No deben emplearse cuando la supuración es abundante, porque entonces lo que hace falta son antisépticos, dejando los astringentes.

para cuando la supuración sea muy escasa y el microscopio no demuestra gonococos.

Antisépticos. - Constituyen un capítulo muy interesante de la Gonorrea por lo en vista de las dimensiones que va tomando este trabajo, voy á hacer una ligerísima exposición de los mismos.

Me ocuparé solo del permanganato potásico, nitrato de plata, argirocol, protargol y argil.

El permanganato potásico es el que me ha dado mejores resultados, empleándolo en grandes lavados con cámbula de doble como

te de Suarón de Mendona, en las proporciones de 1 por 2000 de agua.

Creo más conveniente emplearlo muy diluido, porque a parte de que se disminuye la acción caústica, el poder antiséptico por desprendimiento del grupo Men. O_2 fuertemente oxidado que es ^{al} que debe su poder antiséptico es mayor en las soluciones diluidas según la teoría de la ionización, la cual nos dice que el grado de ionización de las soluciones depende del grado de disociación, o ésta es inversamente

(1) Química biológica de Dr. Carracido,

proporcional al grado de concentración, hasta cierto límite en que la disociación ya no tiene lugar.

Después de ^{inspecciones} tres diarias con un litro de solución de permanganato potásico en estas condiciones, después de pasados los fenómenos inflamatorios agudos, es el procedimiento que me ha dado mejores resultados, siendo a su vez el más barato y cómodo para el enfermo. El único inconveniente que presenta son las manchas que deja en la ropa, pero se quitan con una solución de bisulfito sódico.

Respecto al nitrato de plata, protargol, arginol y argil, diré que no he encontrado en ellos ventaja alguna sobre el permanganato, resultando más caros y de menores provechos para el enfermo y además estrepear la ropa dejando en ella manchas negras imposibles de quitar.

Además y a pesar de lo que digan los fabricantes del protargol, arginol y argil creo que no substituyen al nitrato de plata ni mucho menos. Pretenden los fabricantes que por ser dichos productos compuestos orgánicos de plata (proteína)

y caseinato) su acción es menos dolorosa
e igual o más eficaz que el nitrato y este
a mi parecer no es verdad ^{(por obra de la relación por}
^{todos ellos.)}

El nitrato de plata se emplea en solu-
ción en agua destilada al $\frac{1}{2}$ 1 ó 2 por 100 gene-
ralmente, en las proporciones antes dichas,
fracturadas con cualquiera de las innume-
rables jeringuillas construidas para este fin
y que no me meto a describir aparte de
que no tiene importancia, por lo largo
que se va haciendo este trabajo.

El protargol, se emplea del mismo modo
empereando al 1 por 100 y luego subiendo

al 2 ó 3 por 100.

El argirio se emplea en inyección con irrigador, cánula de doble corriente de Ariza o de Suarez de Mendonza. Es el medicamento que ha estado de moda en la leucorragia. Da muy buenos resultados pero hay que seguir usándolo bastante tiempo si se ha de conseguir un resultado eficaz.

Esto mismo se consigue con el permanganato ^{de su empleo,} pero así es que no vea la ventaja. Además es muy caro y a pesar de lo que digan, muy peligroso su empleo.

Debe empujarse premiéndolo, primero en solución al 1 por 200 y luego al 1 por 100.

Para evitar los inconvenientes del nitrato de plata, protargol y arginol que manchan la ropa, se está empleando actualmente el argil, compuesto de plata que no tiene este inconveniente y sobre el cual no tengo experiencia.

La acción de estas diversas sustancias, es en muchos casos lenta y las modificaciones favorables se hacen esperar mucho tiempo, pasando en ocasiones meses enteros antes de obtener resultados ver-

verdaderamente satisfactorios, lo cual se debe a que las glándulas profundamente situadas, han sufrido tal infección que es difícilísimo obtener la destrucción de los microorganismos que pululan por sus fondos de saco y que llegan continuamente a la superficie de la mucosa uretral.

Galvanocauterización - La cauterización por medio del galvanocauterío, de todos los folículos, glándulas y repliegues uretrales en donde puede anidarse el germen que concurren y practican algunos en las formas crónicas, no me parece eficaz.

por la imposibilidad de contenerlos todos; además es expuesto a quemaduras y a estenosis cicatriciales.

⁸⁴
Inyecciones de gases. — Las inyecciones de gases en la uretra, principalmente el nitrógeno, no se han generalizado. Presentan dificultades de técnica, pero parece a juzgar por los casos publicados, que se han obtenido modificaciones favorables con su empleo. Actúan modificando el medio en que vive el gonococo.

Radio. — El tratamiento de la blenorragia por el radio está todavía en

estudio pero a juzgar por los casos publicados parece que obra modificando favorablemente los elementos inflamatorio y congestivo, obteniéndose la mejoría o curación de las exsicciones, de las hemorragias y de la congestión y desaparición de los dolores. Sin embargo (1) son muy pocos los casos tratados para poder sacar conclusiones terminantes y precisas.

Quisiera extenderme mas, pero vistas las proporciones que va tomando este trabajo,

(1). La Semaine gynécologique. - año 14. - números 40 y 42.

5 y 19 de octubre de 1909.

264.

pongo punto final solicitando de vuestra benevolencia.

Conclusiones

1.^a Los gobiernos debían reglamentar por medio de leyes el matrimonio, para evitar que lo contrajeran seres atacados de gonococia, obligándoles curarse antes de verificarlo y así se evitarían (aparte otras consideraciones) contagios en la mujer causa de esterilidad y uno de los motivos de disminución de población. También debiera vigilarse mejor la prostitución.

2.^a Dada la índole de las funciones genésicas y la incultura de la mayor parte de los indi-

viduos en estas cuestiones, (que debieran vulgarizarse, la profilaxis resulta casi siempre ineficaz porque no se cumplen sus preceptos.

3.^a Las reglas higiénicas á que deben someterse estos enfermos son: abstención de bebidas carbónicas y alcohólicas, trufas, embutidos, etc.; comidas poco condimentadas, evitar la fatiga proscribiendo toda clase de ejercicio, tomar baños alcalinos templados, dormir en cama dura y sin mucha ropa, lociones frecuentes con agua hervida ó soluciones débiles de antisépticos, cubrirse el glande con un capuchón de algodón hidrófilo y procu-

rar no llevar la mano contaminada á los ojos.

Además se procurará evitar el estreñimiento por medio de purgantes no salinos ó enemas.

4.^a En la uretritis aguda el exceso de bebidas y el uso de diuréticos, aconsejado por algunos, es perjudicial, porque imponen á la uretra un exceso de trabajo y todo órgano enfermo necesita reposo.

5.^a Se debe advertir al enfermo, que evite en lo posible, la ingestión de líquidos por la noche, la replección de la vejiga favorece las erecciones.

6.^a Debe aconsejarse siempre al enfermo el uso de suspensorio, que evita muchas veces la epididimitis y orquitis.

7.^a Teniendo en cuenta que la alcalinidad de el microorganismo debe instituirse siempre en el tratamiento la medicación alcalina.

8.^a He observado que en la mayor parte de los casos en que la infección gonocócica se generaliza hay coexistencia con la sífilis.

9.^a El mejor tratamiento de la blenorragia hay que confesar que es, el clásico de lavado abundantes con soluciones débiles de permanganato potásico, practicados con cánulas uretrales de

-doble corriente.

10^a El tratamiento por el nitrato argénto protargol, argirol y argil, además de ser muy caro y doloroso no da mejores resultados que los lavados con permanganato.

11^a La galvanocauterización no resulta eficaz, aparte las dificultades de técnica, por la imposibilidad de cauterizar todos los folículos y glándulas de la uretra.

12^a Las inyecciones astringentes solo deben emplearse en el periodo de declinación y cuando en la escasa secreción que sale por la uretra no descubre el microscopio gonococos.

13^a Las inyecciones de gases en la uretra

principalmente el nitrógeno, han producido algunas mejoras, pero no curaciones.

14.º El tratamiento de la blenorragia por el radio, está todavía en estudio.

15.º El tratamiento más práctico y eficaz de la disuria, son las aplicaciones calientes locales.

16.º Los balsámicos no dan resultado como medicamento abortivo de la uretritis blenorragica aguda.

17.º Los balsámicos tampoco dan resultado en la gota militar.

18.º Los balsámicos están indicados y dan excelente resultado cuando los fenómenos inflamatorios

torios han desaparecido.

19^º El empleo prematuro y obstinado de los balsámicos conduce á la gota militar.

20^º Las inyecciones uretrales deben sujetarse á las siguientes reglas:

1^ª Orinar inmediatamente antes de darse inyecciones.

2^ª No introducir en la uretra grandes cantidades de liquido.

3^ª Impulsar el liquido despacio y sin sacudidas para que penetre gradualmente en la uretra.

4^ª Detener el liquido sin hacer presiones retrógradas en el miembro, ni más maniobras,

que mantener ocluidos los labios del meato uretral maxio.

5^a En general se pondran inyecciones mientras haya filamentos blenorragicos.

21^a No deberán introducirse catéteres, ni hacerse lavados vexicales, ni ninguna otra clase de maniobras, sino en caso de verdadera necesidad.

22^a Si la uretritis aguda recae en un individuo sano y sometido desde el principio á un buen tratamiento, el pronóstico es de poca gravedad aunque siempre reservado.

23^a Las complicaciones locales y generales especialmente estas últimas agravan el pronóstico.

24^a La posibilidad de contraer las com

plificaciones remotas ó consecuencias morbosas.
de la blenorragia, están en razón directa del número de veces que el individuo ha padecido la infección blenorragica.

Madrid 26 de Mayo de 1911.

Angel Martínez Varquez

Leida

Ferr

Leida

E. Rodriguez

- 22

Terminó el ejercicio el día 12 de Junio
de 1941 y fue calificado de Sobresaliente

El presidente
Alfonso Rodríguez
Fernández

El secretario.
Blasquez Mantra
Al. Márquez
Forn